



Código Regional	68
Código Centro	954510
Fecha Elaboración	18 de Junio de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	19020-316999
No. de documento	122288

Nombres y apellidos contratista:		WILLINGTON HERNANDEZ SANABRIA		C.C.		13.721.451		IP/N° de contacto		3134657061	
Correo electrónico contratista:		wihernandez@sena.edu.co									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		NO	
								Es Pensionado?		NO	
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000		NO		Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO	
Banco al cual consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		460392016253	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?				NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000				NO	

Nº del contrato:	2368325/2021	Nº Compromiso SIIF		18121			
Valor Total del Contrato	\$ 23.382.000	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.897.000,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.548.800		Del	01/06/2021	Al		30/06/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.651.800			Legalización comisiones del periodo \$ 0.00			

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA EL PROCESO GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES€ PARA ÁREA PRODUCCIÓN PECUARIA CATA. PL: 180 DÍAS.VR MES 3.897.000
---	--

Ingresos por honorarios	\$ 3.897.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.897.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.589.450		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

	Junio	Mayo			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	4394804582	Valor Base retención en la fuente	2.589.450,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.558.800	\$ 1.558.800	Valor Base retención en la fuente ICA	3.452.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 194.900	\$ 194.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.500	\$ 249.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	\$ 16.300	\$ 16.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -	-			
Salud hasta \$ 580.928	\$ -	-	Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 863.150		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.897.000,00	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar la revision del kit de instrumentos del proyecto 2021-68-9545-491-P1258 NSCL 270501066 Grupo 1
Realizar la revision del kit de instrumentos de oportunidad del proyecto 2021-68-9545-491-P1258 NSCL 270501066 Grupo 1
Realizar la toma de evidencia de conocimiento del proyecto 2021-68-9545-491-P1258 NSCL 270501066 Grupo 1
Realizar toma de evidencia de desempeño y producto del proyecto 2021-68-9545-491-P1258 NSCL 270501066 Grupo 1

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFPC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

**WILLINGTON HERNANDEZ SANABRIA
EL CONTRATISTA**

<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</p>	<p><u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ALIX ANTONIA MACIAS BERMUDEZ PROFESIONAL G02</p>
---	---

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

JOSE LEONARDO SILVA RIVERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 13721451
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	WILLINTONG HERNANDEZ SANABRIA HERNANDEZ SANABRIA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ENCISO	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 4 2 - 60	TELÉFONO: 6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4394804582	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/06/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 38017458

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 249.500
SUBTOTAL:			1	\$ 249.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA	1	\$ 194.900
SUBTOTAL:			1	\$ 194.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 16.300
SUBTOTAL:			1	\$ 16.300

TOTAL PAGADO:	\$ 460.700
----------------------	-------------------