SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	68
Código Centro	954610
Fecha Elaboración	Febrero de 2019
Versión	ENERO 2019 - 1,19

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ	**C.C.**	1.098.728.478	**IP/Nº de contacto**	3008660244
Correo electrónico contratista:	ljruedat@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	0333761773
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 2019 supera los $ 113.091.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	769943/2019		**Nº Compromiso SIIF**	**1119**	
Valor Total del Contrato	$ 15.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.253.333	**2**	**Del** 01/02/2019	**Al** 28/02/2019	**$ 2.200.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.053.333		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.200.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0	Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.200.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.512.000**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS - Enero		**8488559291**	Valor Base retención en la fuente	1.512.000,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC Febrero		$ 645.333	Valor Base retención en la fuente ICA	2.016.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 80.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 103.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 6.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	Reteica - 8211	0,00	0,350%
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -	-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -	-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000		$ -	-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -			
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 $ 1.096.640		$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 548.320		$ -			
Renta Exenta 25% $ 8.224.800		$ 504.000	Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.200.000,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar a la Dirección Regional en la atención de clientes internos y externos, por los diferentes medios que posee la entidad.
Producir, manejar y archivar los documentos que se generen en la Dirección Regional, de acuerdo a la normatividad vigente.
Manejo y seguimiento a la correspondencia radicada en la Dirección Regional.
Informar las novedades que se presenten en la realización de las actividades y presentar propuestas de solución, justo a tiempo.
Preparar y rendir informes que la Dirección Regional y la Dirección General soliciten.
Utilizar las aplicaciones computarizadas dispuestas por la entidad para el manejo de la información.
Velar por el adecuado manejo de los documentos y la óptima utilización de la información institucional.
Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
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 AFC 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.

Leidy Johana Rueda Tellez

LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;
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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JAVIER GONZALEZ FRANCO
PROFESIONAL G01

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098728478		RUEDA TELLEZ LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 B N 17 D 36	BUCARAMANGA-SANTANDER	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	84183472	8488559291	I	2019/02/19	2019/02/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0		$256,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**		**$256,300**
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0		$256,300
1	CC	1098728478	RUEDA LEIDY							X										230201	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-23	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0	No	$256,300
Total	**Afiliados(1)**																					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0		$256,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098728478		RUEDA TELLEZ LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 B N 17 D 36	BUCARAMANGA-SANTANDER	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-01	2019-01	84183472	8488559291	I	2019/02/19	2019/02/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$0	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$256,300	$0	$0	$256,300