SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

DIRECCIÓN GENERAL
SECRETARIA GENERAL

Código Regional	1
Código Centro	10100
Fecha Elaboración	Mayo de 2019
Versión	FEBRERO 2019 - 2.19
ID de Proceso	88377-343952

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y Apellidos contratista:	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	C.C.	1.098.678.433	IP/Nº de contacto	12708
Correo electrónico contratista:	juancamilodiazg@gmail.com				
Régimen de IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Si ingresos en el 2018 superaron $46.807.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	29317647
Hará contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 11.091.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	804006/2019		Nº Compromiso SIIF	9621	
Valor Total del Contrato	$ 3.000.000	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.000.000	Del	01/05/2019	Al 31/05/2019	$ 3.000.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.000.000	Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.000.000	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 consignados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 3.000.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.993.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

		Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o Nº Radicación pago		----------	34458810	Valor Base retención en la fuente	1.993.500,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.200.000	$ 1.200.000	Valor Base retención en la fuente ICA	1.658.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 150.000	$ 150.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 192.000	$ 192.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensiona		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones obligatorias		$ 6.300	$ 6.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -		Reteica - 8299	25.676,00	0,966%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	$ 7.128.000	$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 427.000	$ -			0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses	cobrados en el mes	$ -			0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses	obrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes ARL ingresos de otros meses	obrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Deducible hasta	$ 096.600	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Saldo hasta	$ 548.300	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 224.800	$ 664.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	2.974.324,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El [illegible]uración estudios previos para la Adquisición e instalación de 1 unidad odontológica para el SMA del SENA DC
Estructuración estudios previos para adquisición de 1 silla de ruedas para el SMA del SENA Dirección General
Apoyo proceso suministro y dispensación de medicamentos y prestación del servicio farmacéutico integral para los beneficiarios SMA
Estructuración proceso de la Regional Distrito Capital para suministro de oxigeno, alquiler de equipos de oxigenoterapia
Respuesta petición No. 1-2019-[illegible]08861 (NIS: 2019-05-016325)
Oficio competencia a regional Valle de que presenta la por la señora Gertrudis María Pérez Martinez
Oficio competencia Regional Atlantico 01-1[illegible]019-0[illegible]07 (NIS: 2019-05-017508)
Oficio competencia Regional Atlantico 1-20[illegible]-009305 NIS: 2019-05-017506)
Oficio competencia Regional Atlantico 1-20[illegible]-009306 (NIS: 2019-05-017507)
Oficio competencia regional Huila de la petición Gertrudis María Pérez Martinez
Oficio competencia regional Valle de la queja impuesta por Juan Diego Gallo.
Respuesta observaciones proceso suministro y dispensacion de medicamentos y prestación servicio farmacéutico integral a beneficiarios SMA
Observaciones proceso para prestación de servicios de 1 entidad especializada en teraplas fisica respiratoria, ocupacional y lenguaje

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 soportes registrados contienen el pago de seguridad social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y por los ingresos recibidos en meses anteriores del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la dismunución 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 la planilla; 4. Toda la información aquí suministrada es verdadera; 5 He leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados

JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 periodo 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 V°B°
El Supervisor

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
ASESOR GOV

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

VERONICA PONCE VALLEJO
SECRETARIA GENERAL

02 AGO. 2019

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá, D.C. Mayo del 2019

Señor
ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **804006 / 2019**
Coordinador SMA
Servicio Médico Asistencial
Bogota D.C

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes MAYO del año 2019

Referencia: No 804006 del año 2019

Juan Camilo Díaz Guevara identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.678.433 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en Servicio Médico Asistencial, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de TREINTA Y TRES MILLONES DE PESOS (33.000.000 m/ct) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al CONTRATISTA, de la siguiente manera: a) Once (11) pagos iguales por valor de TRES MILLONES DE PESOS ($ 3.000.000 m/cte) cada uno. Los honorarios serán pagados por EL SENA al CONTRATISTA de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros No. 291-193176-47 del Banco Bancolombia, cuyo titular es el (la) CONTRATISTA; el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. Para que EL SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y Obligaciones del contrato en el respectivo periodo y cancelación de los aportes a la seguridad social: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: Será hasta el 31 de Diciembre de 2019

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000078433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 29 NO. 42-24 APTO 101 CONJ RES PARQUE 42	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
			2019/05/07		1	0
PERIODO PAGO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-04	2019-04	I		34458810	$348.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.300	0		0			0	0	0	150.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.300				6.300	0	0	6.300			63	6.300	1

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	6.300	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA		CRA 29 NO. 42-24 APTO 101 CONJ RES [illegible]	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-04	2019-04	I		34458810	$348.300	

DETALLE POR COTIZANTE

No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	V. Diaria	Tipo	Tipo Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IGT	IRL	Dias Incapacidad	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098678433	DIAZ GUEVARA JUAN CAMILO	59	0			N																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	1	6.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información