010.000.241.05

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	101001
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	02954-516771

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA				
Correo electrónico contratista:	juancamilodiazg@gmail.com	**C.C.**	1.098.678.433	**IP/Nº de contacto**	12708
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	29119317647
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 2020 supera los $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1290123/2020			**Nº Compromiso SIIF**	18720	
Valor Total del Contrato	$ 49.450.000	**N ° Pago**	2	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.300.000	**Del**	01/02/2020	**Al**	29/02/2020	**$ 4.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 43.000.000	Comisiones	$ 0,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000	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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.300.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.857.350**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	40445863
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.720.000	$ 860.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.000	$ 107.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 275.200	$ 137.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 9.000	$ 4.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 952.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.857.350,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.809.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	36.803,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 4.263.197,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Colaboración en estructuración de estudios previos para proceso de medicamentos centralizado
Realización de comunicaciones a coordinadores SENA
Respuesta a regionales respecto inquietudes de pólizas de profesionales médicos SMA
Respuesta a PQRS presentadas por los beneficiarios del SMA respecto distribución de medicamentos.
Respuesta a la regional Meta respecto inquietud sobre aplicación vigencias futuras para garantizar proceso de medicamentos
Colaboración en trámites modificación contrato de prestación de servicios CO1.PCCNTR No. 1313081 DE 2020

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

JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA
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,

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
PROFESIONAL G0 (E)

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

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá, D.C. febrero del 2020

Señor
ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.1290123**
Coordinador SMA
Servicio Médico Asistencial
Bogotá D.C.

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes febrero del año 2020

Referencia: No CO1.PCCNTR.1290123 del año 2020

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 asciende a la suma de CUARENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS $49.450.000 COP incluido IVA de conformidad ci el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago para el mes de Enero por DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($2.150.000). b (once (11) pagos iguales por los meses de Febrero a Diciembre, por valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($4.300.000) 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 2020

OBJETO:

Prestación de servicios profesionales como abogado del Grupo de Servicio Médico Asistencial, garantizando una adecuada atención de los asuntos legales, atención de PQRS, procesos contractuales y administrativos propios del grupo

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
A	Mantener actualizada la normatividad aplicable al Servicio Médico Asistencial del SENA.	No se realizó actividad	N/A
B	Participar en la elaboración de los estudios previos, análisis del sector y demás actividades relacionadas con los procesos de contratación adelantados por el Servicio Médico Asistencial de la Dirección General.	Colaboración en estructuración de estudios previos para proceso de medicamentos centralizado	Soporte de estudios previos realizados.
C	Brindar apoyo al funcionario del SMA que participe como evaluador en los procesos contractuales que se adelanten para cubrir las necesidades del grupo de gestión del Servicio Médico Asistencial.	No se realizó actividad	N/A
D	Llevar a cabo las acciones necesarias en el proceso de actualización del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA.	No se realizó actividad	N/A
E	Brindar acompañamiento jurídico en asuntos que son competencia del Servicio Médico Asistencial del SENA.	Realización de comunicaciones a coordinadores SENA	Correo con el soporte mencionado
F	Apoyar cuando se le requiera en la proyección y elaboración de informes, documentos o resolución de inquietudes que contribuyan al mejoramiento en la	Respuesta a regionales respecto inquitudes de pólizas	

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados fotocopia de la planilla - recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, No 40445863, expedidas por MI PLANILLA correspondientes al mes de enero 2020.

Evidencias en (1) CD anexo

Cordialmente,

Juan Camilo Díaz Guevara
Contratista
C.C. No. 1.098.678.433 de Bucaramanga

Recibí a satisfacción:

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.1290123 del año 2020
Coordinador Grupo de Gestión del SMA Dirección General

	prestación del Servicio Médico Asistencial.	de profesionales médicos SMA	
G	Dar respuesta dentro de los términos de ley a las PQRS que requieran concepto jurídico.	Respuesta a PQRS presentadas por los beneficiarios del SMA respecto distribución de medicamentos.	Correos con los soportes mencionados
H	Realizar actividades de apoyo jurídico que se requieran por el coordinador del Grupo del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General, dentro de la ejecución y supervisión de los procesos contractuales para el suministro de medicamentos.	No se realizó actividad	N/A
I	Realizar actividades de apoyo jurídico al Grupo de Gestión del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General durante la definición de vigencias futuras para la adquisición de bienes y servicios que sean requeridos para la próxima anualidad.	Respuesta a la regional Meta respecto inquietud sobre aplicación vigencias futuras para garantizar proceso de medicamentos	Email con el soporte de la referencia
J	Brindar apoyo jurídico en la planeación, ejecución y supervisión y liquidación de contratos que adelante el Servicio Médico Asistencial de la Dirección General.	Colaboración en trámites modificación contrato de prestación de servicios CO1.PCCNTR No. 1313081 DE 2020	Soporte documentos elaborados
K	Apoyar durante el mes de enero de 2020, en la revisión jurídica de los contratos de prestación de servicios personales del Servicio Médico de la Dirección General.	No se realizó actividad	N/A

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

010.000.241.056

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 25 NO. 42-24 APTO 101 CONJ. RES	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTA D.C.	BOGOTA, 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I		40445863	$254 900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	109 800	0		0		0	0	0	0	109 800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	140 500	0	0	0	0	0	0		140 500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4 600				4 600	0	0	4 600			46	4 600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	109 800	109 800
Pensión	1	140 500	140 500
Riesgos Laborales	1	4 600	4 600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254 900	254 900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

010.000.241.05

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 25 NO 42-24 APTO 101 CONJ RES PARQUE 42	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D C	BOGOTA 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I		40445863	$254 900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Colombiano	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	RLM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	56	0			N																	25-14	877 803	140 500	0	0	0	0	EPS005	877 803	105 800	14-23	877 803	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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

Búsqueda personalizada **Buscar**

Inicio | Quiénes somos | Por que usar miplanilla.com | Productos | Información útil | Ayuda | Contáctenos

Febrero 24 de 2020 / 11:00 AM

Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento: Cédula Ciudadanía

Número de Documento: 1098678433

Número de Planilla: 40445863

Fecha de pago de la planilla: Día: 5 Mes: Febrero Año: 2020

Periodo de pago salud: Mes: Enero Año: 2020

Ingrese el valor total pagado de la planilla: 254900
No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas

Digite el número que aparece en la imagen: 760287

Consultar

Administradores pagados	Periodo de pago
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Enero - 2020
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Enero - 2020
Sanitas EPS	Enero - 2020

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente corficámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet