SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL NARIÑO**
**CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCION LIMPIA LOPE NARIÑO FP**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 52 |
| Código Centro | 953610 |
| Fecha Elaboración | Febrero de 2020 |
| Versión | ENERO 2020 - 1,20 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | PAOLA ANDREA GOMEZ ROSERO | | | | |
| **Correo electrónico contratista:** | pagomezro@sena.edu.co | **C.C.** | 59.837.171 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **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** | 97200025958 |
| **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:** | 1374001/2020 | | | **Nº Compromiso SIIF** | 22620 | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.583.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 35.583.333 | **1** | **Del** | **14/02/2020** | **Al** | **29/02/2020** | **$ 1.983.333,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 33.600.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.983.333 | 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** | **$ 1.983.333** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.299.775** | **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** | ---------- | **8605358389** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 877.803 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 109.800 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 140.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 4.600 | $ 0 |
| 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 | $ 433.258 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.299.775,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.733.033,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Prodesarrollo UDENAR | 9.917,00 | 0,500% |
| 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** | **$ 1.973.416,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS: Cumplimiento a fichas asignadas con los numerales 1, 14,15,16 y 19
2. Desarrollo de formación Titulada
4. Participacion en los proyectos lideres del centro
6. Presentación de los servicios con responsabilidad, profesionalidad y eficiencia
7. Cuidado de los bines y elementos a nuestra disposición
9. Apertura correo electrónico misena
8. Asistencia a capacitaciones
13. Administracion y desarrollo de las acciones al rol de instructor
28. Atención a los requerimientos del supervisor del contrato
OBLIGACIONES GENERALES
4. Entrega de planes mensuales y semanales según programación ejecutada en cada Institución asignada
10. Entrega de examenes pre ocupacionales
12. Certificado ISS
14. Paso seguridad social y ARL
Decreto 1273 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social

**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.

Paola Gomez

**PAOLA ANDREA GOMEZ ROSERO**
**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 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 pago.
El Supervisor,

**GERMAN DARIO ARELLANO CORDOBA**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**

**PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**DETALLE PLANILLA**
**OPERADOR DE INFORMACIÓN**

| | |
|---|---|
| **Razón social:** GOMEZ ROSERO PAOLA ANDREA<br>**Identificación:** CC-59837171<br>**Código dependencia o sucursal:** 3<br>**Nombre dependencia o sucursal:** 3<br>**Fecha de generación del reporte:** 2020-02-18<br>**Fecha limite de pago:** 2020-03-17<br><br>**Planilla lista para pago por AV-VILLAS**<br><br>**Período pensión:** 2020-02<br>**Período salud:** 2020-02<br>**Referencia de pago (PIN): 8605358389**<br>**Tipo de planilla:** I<br>**Clase de planilla:** Normal<br>**Número de la planilla:** 8605358389 | **Sin pagar** |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO DE AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $0 | $0 | $0 | $217.600 | $217.600 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1 | $0 | $0 | $0 | $170.000 | $170.000 |
| 14-23 | 860011153 | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $0 | $0 | $0 | $7.100 | $7.100 |
| GRAN TOTAL | | | | $0 | $0 | $0 | $394.700 | $394.700 |

Descargar Resumen

**Banco AV Villas**

**COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA**

Número identificación del Aportante / Pin Único: 59837171

Valor a Pagar $: 394.700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 6 0 5 3 5 8 3 8 9

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2020 Mes 02

AVV 201 20200218 17:00 SC 528 LINEA A
VR PAGADO: 394,700.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8605358389 0
ID:59837171
Fecha Aplicación:20200219 PIN:170014
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-063-V2

**ESTIMADO CLIENTE:**
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

PORTECO S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

siga
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ANDREA GOMEZ ROSERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 59837171 realizó el día 09/04/2019 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo PAOLA ANDREA GOMEZ ROSERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 59837171 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Paola Gomez

Firma