SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

Código Regional	63
Código Centro	953810
Fecha Elaboración	13 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	44071-191334

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAIME ANDRES HERRERA GARZON	**C.C.**	9.739.039	**IP/Nº de contacto**	62944
Correo electrónico contratista:	jaiherrerag@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	37479111091
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 $ 117.503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1335139/2020			**Nº Compromiso SIIF**	14520	
Valor Total del Contrato	$ 38.110.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.026.667	**2**	**Del**	**01/03/2020**	**Al** 31/03/2020	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.326.667		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000		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	**$ 3.700.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.458.650**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9402916898**	Valor Base retención en la fuente	2.458.650,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 1.233.333	Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 154.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 197.400	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	$ 7.800	$ 6.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
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 $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 819.550		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.700.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se concertaron formaciones y horarios con líderes de Población Vulnerable
Se ejecutó la formación profesional integral de acuerdo a los lineamientos institucionales requeridos por el SENA
Se aplicó la metodología de formación por proyectos dentro del marco de la política institucional, principios y valores
se emitieron los juicios de aprendizaje de las fichas asignadas a tiempo.
Envié copia de documentos de identidad, fichas de matrícula y registro de fichas asignadas al área de administración educativa.
Recepcioné documentos registré e inscribí los aprendices en las fichas asignadas por el programa de Atención a Población Víctima y
Se acatanron los lineamientos del sistema integrado de Gestion y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo.
se utilizaron formatos actualizados del SIGA.
Se cuenta con la norma de competencia vigente hasta el 1 de octubre de 2022
Se ejecuta el contrato con autonomía e independencia, respetando la estructura curricular de los programas complementarios
Se cumple con los lineamientos de presentación personal exigido por el SENA.
Se atendió oportunamente a las solicitudes y requerimientos hechos por los directivos, líderes y coordinadores
Se reportaron 160 horas correspondientes al presente periodo.

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.

JAIME ANDRES HERRERA GARZON
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 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,

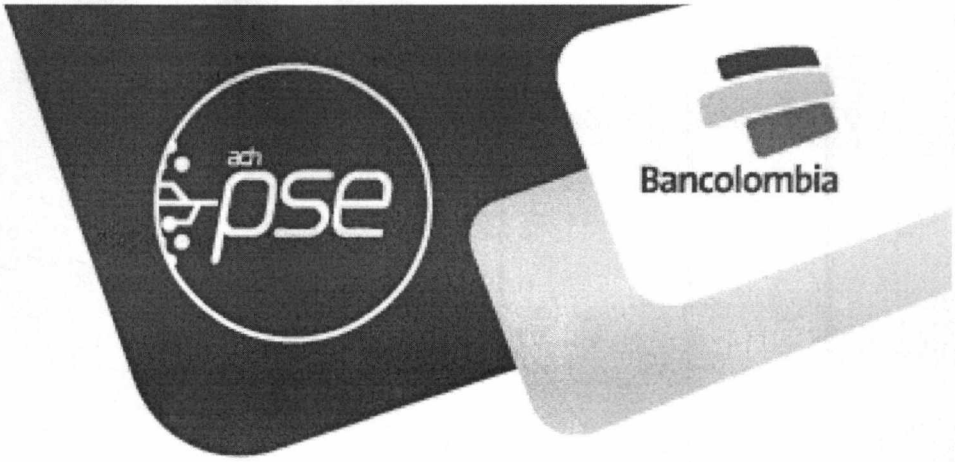
MARIA FIDELINA AREVALO GARCIA
INSTRUCTOR G16

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

JUAN DIEGO GIRALDO LLANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: JAIME ANDRES HERRERA GARZON

Nro. de recibo: 9402916898

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9402916898

Identificación del contribuyente: 201.185.250.241

Concepto: CC

Razón Social: 9739039

Fecha y hora de la transacción: Domingo 1 de Marzo de 2020 02:19:41 PM

Nro. de comprobante: 0000057963

Valor pagado: $ 370,400.00

Cuenta: *******1091

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9739039		HERRERA GARZON JAIME ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 24 No 44 15	CALARCA-QUINDIO	7500568	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	571562773	9402916898	I	2020/03/10	2020/03/02	BANCOLOMBIA	0	$370,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	9739039	HERRERA JAIME	230301	30	$1,250,000	$200,000	EPS005	30	$1,250,000	$156,300	CCF43	30	$1,250,000	$7,500	14-23	30	$1,250,000	$6,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,250,000	$200,000			$1,250,000	$156,300			$1,250,000	$7,500			$1,250,000	$6,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$200,000	$0	$0	$200,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,600	$0	$0	$6,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,600	$0	$0	$6,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,300	$0	$0	$156,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$156,300	$0	$0	$156,300
TOTAL				**1**	**$370,400**	**$0**	**$0**	**$370,400**

2020/03/01 02:20 PM