

 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 Enero de 2020 Versión ENERO 2020 - 1,20 SENA - REGIONAL NARIÑO	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista: DIANA MARCELA BENAVIDES MEZA Correo electrónico contratista: dbenavidesm@sena.edu.co		C.C. 59.311.370		Radicación Recibida Nº de contrato: 1302871-2020-000316	
Regimen 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? NO	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS		Nº Cuenta 87928825394	
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: 1302871/2020		Nº Compromiso SIIF 1920			
Valor Total del Contrato \$ 43.512.160		Nº Pago 1		Periodo objeto de pago Del 23/01/2020 Al 31/01/2020	
Saldo Anterior del Contrato \$ 43.512.160				Valor Bruto Pago \$ 1.029.874,00	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 42.482.286		Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 1.029.874		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0	
Ingresos por comisiones \$ 0					
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.029.874		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 584.681		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		Diciembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803		\$ 877.803		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800		\$ 109.800		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 140.500		\$ 140.500		\$ 0	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ -		\$ 0	
ARL \$ 4.600		\$ 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		\$ 194.894		\$ -	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		\$ -	
				Valor Base retención en la fuente 584.681,00	
				Valor Base retención en la fuente ICA 779.574,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
				Menos Retención en la Fuente 0,00	
				Menos Retención IVA 0,00	
				Reteica - 8299 0,00	
				Estampilla Prodesarrollo UDENAR 5.140,00	
				Otras Retenciones 0,00	
				Otras Retenciones 0,00	
				Descuentos de Libranza 0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$ 1.024.725,00	
SON: UN MILLÓN VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Reunión con rectores de Instituciones Educativas Brindar información mediante correo electrónico y llamadas telefónicas Verificación de la documentación recibida por parte de las instituciones educativas. Articulación curricular modalidad técnica Actualización de la base de datos de instituciones articuladas Actualización directorio de instructores e instituciones educativas.					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli 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.					
				DIANA MARCELA BENAVIDES MEZA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN 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					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	58311370	DIANA MARCELA BENAVIDES MEZA	CRA 40 No 17 - 68 EL DORADO	3128664065	dianabenavides_83@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			NARIÑO	PASTO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS UPC
2020-01	2020-01	I		40247011	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$250.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
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	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 - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	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	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										

TOTALES CAJAS							
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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	250.300	250.300

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: DIANA MARCELA BENAVIDES MEZA

Nro. de recibo: 40247011

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.49.188.10

Concepto: CC

Razón Social: 59311370

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 29 de Enero de 2020 10:13:38 AM

Nro. de comprobante: 0000061689

Valor pagado: \$ 250,300.00

Cuenta: *****5394

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 0000 - Cali 554 3505 - Barranquilla 361 3838 - 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 1800 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 correosospeligrosos@bancolombia.com



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA MARCELA BENAVIDES MEZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 59311370 realizó el día 28/01/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas