SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADO

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2020**
Versión	**ENERO 2020 - 1,20**
ID de Proceso	**19870-736588**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ	**C.C.**	17.657.195	**IP/Nº de contacto**	3105482273
Correo electrónico contratista:	carlosman3@hotmail.com				
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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	46628218684
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:	1381703/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**13120**	
Valor Total del Contrato	$ 41.300.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.300.000	**1**	**Del**	**17/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 1.820.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.480.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.820.000		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	**$ 1.820.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.040.775**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

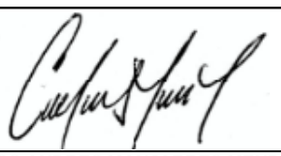
	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**17363470**	Valor Base retención en la fuente	1.040.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.569.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	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 II	$ 9.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ 182.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 346.925		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.820.000,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral desarrollando las competencias definidas en los programas de formación titulada, Elaboré la planeación pedagógica para los siguientes programas de formación titulada, Reporte las asistencias físicas de las formaciones ordenad fichas 1970549, 1938944, Entregué y registre en el aplicativo dado el caso los reportes y seguimientos a las formaciones dentro de lo plazos establecidos, Velé por la buena administración de los recursos entregados para las formación, Preste mis servicios como instruc de acuerdo con las normas legales y reglamentarias de conformidad, con total autonomía, sin subordinación alguna pero respetando los principios, normas y reglamentos, guarde la confidencialidad de los hechos, datos o informes que por cualquier caso llegaren a su conocimiento y que puedan causar daño, lesión o perjuicios, Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 8 días, todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad garantizando la calidad de la información y su coherencia, Presentar los documentos, los informes y formatos que le fueren necesarios, requeridos o exigidos, Observar, cumplir y hacer cumplir el reglamento interno de los aprendices, Colocar todo su talento y capacidad intelectual para el efectivo cumplimiento de sus obligaciones como contratista
Recurso: Nación
Municipio donde presto los servicios: Milan y San Vicente del Caguan
Anexo: Informe Mensual Mes de Febrero

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.



CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ
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,

ALBA LUZ MENDEZ ROJAS
INSTRUCTOR

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

IRMA OMAIRA MAYA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO (E)

RAZON SOCIAL :	CARLOS ANDRES MANJARRES M
IDENTIFICACION:	CC-17657195
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-03-29
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-03-24
FECHA DE PAGO:	2020-02-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2020-02
PERIODO SALUD:	2020-02
NUMERO PLANILLA:	17363470
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	17363470
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.300	$ 51.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 65.600	$ 65.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.300	$ 4.300
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.200	$ 121.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/04/2020