SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**22168-866931**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA	**C.C.**	1.110.482.047	**IP/Nº de contacto**	84304
Correo electrónico contratista:	dcotaloram@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**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:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	402746015
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:	1391199/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**16020**	
Valor Total del Contrato	$ 29.270.508	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.559.189	**3**	**Del 01/04/2020 Al 30/04/2020**		**$ 4.283.489,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.275.700		Comisiones 0,00	$	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.489		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	**$ 4.283.489**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.846.317**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9404941111**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.713.396	$ 1.713.396
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 9.000	$ 9.000
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	$ 948.772	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la	2.846.317,00	TARIFA
fuente Valor Base retención en la	3.795.089,00	
fuente ICA	0,00	
Valor base	0,00	19%
IVA IVA (Si es	0,00	0,00%
RESPONSABLE)	0,00	15%
Menos Retención en la	13.283,00	0,350%
Fuente Menos	0,00	
Retencion IVA	0,00	
Reteica - 7010	0,00	
-	797,00	6,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Bomberos	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	
Otras Retenciones	0,00	
	$ 4.269.409,00	
Otras Retenciones		
Descuentos de Libranza		
Descuentos de embargo (Si tiene)		
VALOR A PAGAR		

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión y consolidación de metas del mes de Abril de 2020 a los gestores de emprendimiento de la Regional Tolima Revisión de evidencias de las metas en las carpetas subidas al drive a cada uno de los gestores de emprendimiento Actividades administrativas

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.

DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA 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,

JAIME ALBERTO CUSTODIO VILLADA
GARCES PROFESIONAL G03

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

LEANDRO VERA ROJAS
DIRECTOR REGIONAL
(E)

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 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 13 N 8-11 BARRIO 20 JULIO	IBAGUE-TOLIMA	2732950	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	599829237	9404941111	I	2020/04/30	2020/04/15	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$497,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,713,395	$274,200			$1,713,395	$214,200			$0	$0			$1,713,395	$9,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,713,395	$274,200			$1,713,395	$214,200			$0	$0			$1,713,395	$9,000		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,713,395	$274,200			$1,713,395	$214,200			$0	$0			$1,713,395	$9,000		$0	$0
1	CC 1110482047	OTALORA DIANA	230301	30	$1,713,395	$274,200	EPS005	30	$1,713,395	$214,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,713,395	$9,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,713,395	$274,200			$1,713,395	$214,200			$0	$0			$1,713,395	$9,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 13 N 8-11 BARRIO 20 JULIO	IBAGUE-TOLIMA	2732950	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	599829237	9404941111	I	2020/04/30	2020/04/15	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$497,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,200	$0	$0	$274,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$274,200	$0	$0	$274,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,000	$0	$0	$9,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,000	$0	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,200	$0	$0	$214,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$214,200	$0	$0	$214,200
TOTAL				**1**	**$497,400**	**$0**	**$0**	**$497,400**