falta Reporte horas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	57177-604163

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	OLGA CECILIA DIAZ URIBE ocdiaz8@misena.edu.co	C.C.	52.918.228	IP/N° de contacto	3143313296
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	N° Cuenta	66287836831
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

N° del contrato:	1401208/2020			N° Compromiso SIIF	46120
Valor Total del Contrato	$ 28.426.125	N° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.541.757	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.790.150,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.751.607		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.463**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	---------	41049857
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 4.600
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	$ 839.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.518.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
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	32.438,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.757.712,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Planeación de actividades de los proceso formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales.
Obligación 3. Evalué los aprendizajes previos fichas en proceso de matrícula Fichas 208420 (35 aprendices, 40 horas) Secretaría de la Mujer, 2084033 (30 aprendices, 40 horas) Clínicos Programas de Atención Integral SAS IPS y 2087748 (30 aprendices, 40 horas) Grupo Elite.
Obligación 5. Apliqué estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de las fichas Fichas 208420 (35 aprendices, 40 horas) Secretaría de la Mujer, 2084033 (30 aprendices, 40 horas) Clínicos Programas de Atención Integral SAS IPS y 2087748 (30 aprendices, 40 horas) Grupo Elite.
Obligación 7. Emití juicios evaluativos sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje en proceso de matrícula de las fichas 208420 (35 aprendices, 40 horas) Secretaría de la Mujer, 2084033 (30 aprendices, 40 horas) Clínicos Programas de Atención Integral SAS IPS y 2087748 (30 aprendices, 40 horas) Grupo Elite.
Obligación 8. Se entrega soporte de ingreso para empresa en proceso de matrícula de fichas 208420 (35 aprendices, 40 horas) Secretaría de la Mujer, 2084033 (30 aprendices, 40 horas) Clínicos Programas de Atención Integral SAS IPS y 2087748 (30 aprendices, 40 horas).
Obligación 20. Actualmente tengo en formación las siguientes fichas 208420 (35 aprendices, 40 horas) Secretaría de la Mujer, 2084033 (30 aprendices, 40 horas) Clínicos Programas de Atención Integral SAS IPS y 2087748 (30 aprendices, 40 horas) Grupo Elite. Para completar las horas mensuales se impartirá un curso de 40 hotas para un total de 160 horas para el mes de marzo.

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.

OLGA CECILIA DIAZ URIBE
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 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,

RAUL VEGA URRIAGO
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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)