SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	93805-555716

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA DOMINGA CASAS MORENO	C.C.	35.604.728	IP/N° de contacto	3148000182
Correo electrónico contratista:	mdcasasm@sena.edu.co				
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 ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	53683244011
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:	1370143/2020			N° Compromiso SIIF	6620
Valor Total del Contrato	$ 32.850.133	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.531.733	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.296.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.235.7..3		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.296.000		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	$ 3.296.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.942.950		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	---------	Dcto1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.318.400	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.800	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.000	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.900	$ 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	$ 329.600	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 647.650	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.942.950,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.920.200,00	
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 - 8551	5.840,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	32.960,00	1,000%
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	**$ 3.257.200,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EN EL MES DE MARZO LOS APRENDICES RECIBIERON LA INFORMACION NECESARIA PARA LA INICIACION DEL CONTENIDO INDIVIDUAL DE CADA APR
EN EL CUAL SE DEBE MOSTRAR LA APROPIACION DEL APRENDISAJE , QUE SIRVA COMO COMO BASE PARA EL DESENVOLVIMOENTO DE LAS PRACTIC
DOCENTES DE LOS APRENDICES QUE ESTA SEA SATISFACTORIA TANTO PARA LOS ALUMNOS DOCENTES .
CADA UNO CUENTA CON LAS HERRAMIENTAS NECESARIA PARA EVACUAR SUS CLASE Y EXPLICARLA DE MANERA CLARA Y EXCELENTE.
LA ACTIVIDADES HASTA EL MOMENTO HAN SIDO MUY SATISFACTORIA .

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 EVP, 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.

Maria D. Casas.

MARIA DOMINGA CASAS MORENO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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 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,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

Soi/ss

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Colpatria

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35604723
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		MARIA DOMINGA CASAS MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN	CL 30 10 16 TELÉFONO:	6719235
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4325236300	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO: 2020
DÍAS DE MORA		0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020/02/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999059923

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14-COLPENSIONES		
SUBTOTAL:			1	$ 204.800
			1	$ 204.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891600091	CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO		
SUBTOTAL:			1	$ 160.000
			1	$ 160.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		
SUBTOTAL:			1	$ 6.700
			1	$ 6.700

TOTAL PAGADO:	$ 371.500

Certifico que esta planilla Corresponde al pago de mi salud pension A-RL Corresponde Mes Febrero 20 Decreto al Decreto 1273/2018.

Manuel P. Casas Moreno
CC 35604728

Escaneado con CamScanner