SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
ANTIOQUIA
CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL

Código Regional	5
Código Centro	9402
Fecha elaboración	19 de Marzo de 2020
Versión	1.20 ENERO 2020

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA MARIA USUGA BOLIVAR			**C.C**	43865416	**IP/N° de contacto**	4612321
Correo electrónico contratista:	lili.usuga@hotmail.com						
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**			NO	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	SI		**Presta Servicios Excluidos de IVA?**		SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo Cuenta**	AHORROS		**N° Cuenta**	266216332	
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a $47.978.000	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

N° del contrato:	CO1.PCCNTR.1333577				N° Compromiso SIIF	**29920**	
Valor Total del Contrato	$ 31.605.000	**N° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.155.000	2	**Del**	01/03/2020	**Al**	31/03/2020	**$ 3.675.000**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.480.000		Comisiones			$ 0	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.675.000
Ingresos por comisiones	$ 0
Ingresos de Otros Meses cobrados en el mes	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.675.000**
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	**$ 2.442.075**

Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0%
Retención en la Fuente del periodo	$ 0
Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	**$ 0**

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

N° Planilla PILA, O, N° Radicación pago SS	**FEBRERO**	**4327242960**		Valor Base retención en la fuente	2.442.075	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**			
Ingreso Base de Cotización IBC	**MARZO**	$ 1.470.000	$ 980.000	Valor base IVA	0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 183.700	$ 81.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 235.200	$ 104.500	Menos Retención en la Fuente	0	0%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ 0	$ 0	Menos Retención IVA	0	15%
ARL		$ 7.700	$ 3.500	Retención Estampilla P.J.I.C	14.700	0.400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 0				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ 0		Otras Retenciones	0	0.000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes pensión de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes salud de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0		Otras Retenciones	0	0,000%
Aportes ARL de ingresos otros meses cobrados en el mes		$ 0				
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 0				
Salud hasta	$ 569.712	$ 0				
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 814.025		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0	
Retención en la Fuente Contingente		$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0	
				VALOR A PAGAR	**$ 3.660.300**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES NO. CO1.PCCNTR.1333577 DE 2020, SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD.

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.

LILIANA MARIA USUGA BOLIVAR
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 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,

MARTA LUCIA ISAZA SUAREZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ROSALÍA SUESCÚN GIRALDO
SUBDIRECTORA

29920

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43865416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA MARIA USUGA BOLIVAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 76 # 112-30	TELÉFONO:	4612321
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación media técnica y de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4327242960**		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):		2020/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999254197

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 156.800
SUBTOTAL:			1	**$ 156.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 122.500
SUBTOTAL:			1	**$ 122.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.200
SUBTOTAL:			1	**$ 5.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 284.500**