

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER DESPACHO DIRECCION		Código Regional	68
			Código Centro	101068
			Fecha Elaboración	20 de abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	86331-253401
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		OLGA LUCIA PEREZ CAMARGO	C.C.	63.460.510
Correo electrónico contratista:		olperezc@sena.edu.co	IP/Nº de contacto	3014571619
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
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:	1333616/2020	Nº Compromiso SIIF	16520	
Valor Total del Contrato	\$ 35.402.400	Nº Pago	3	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 29.502.000	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2020 Al 30/04/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.224.000	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.278.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.278.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.178.225			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	2.178.225,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.311.200	\$ 1.311.200	Valor Base retención en la fuente ICA	2.904.300,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 163.900	\$ 163.900	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 209.800	\$ 209.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 6.900	\$ 6.900	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 726.075		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.278.000,00
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>carga de documento de los usuarios por medio de drive</p> <p>se realizo taller de salud ocupacional atraves de la aplicacion zoom</p> <p>reunion con el coordinador Doctor Carlos Diaz Caldas por medio de teem para socializar el trabajo realizado</p> <p>envio de correo para orientar a aprendices del municipio de Puerto wilches</p> <p>se reporto toda la orientación se registro en el plataforma de los funcionarios</p> <p>presentación de evidencias mensuales</p>				
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 LUCIA PEREZ CAMARGO 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,	
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			CARLOS ALBERTO DIAZ CALDAS PROFESIONAL G08	
ORLANDO ARIZA ARIZA DIRECTOR REGIONAL				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63460510		PEREZ CAMARGO OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CERRESUELA 2 APT 1707 TORRE 2	BUCARAMANGA-SANTANDER	6980050	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2015-11	2015-11	72122280	8447944479	I	2015/11/04	2015/11/09	BANCO DE OCCIDENTE - ALIADAS	\$291,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$5,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$5,200		\$0	\$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)						\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$5,200		\$0	\$0
1	CC	63460510	PEREZ OLGA	230301	30	\$1,000,000	\$160,000	EPS005	30	\$1,000,000	\$125,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,000,000	\$5,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$0	\$0			\$1,000,000	\$5,200		\$0	\$0

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63460510		PEREZ CAMARGO OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CERRESUELA 2 APT 1707 TORRE 2	BUCARAMANGA-SANTANDER	6980050	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2015-11	2015-11	72122280	8447944479	I	2015/11/04	2015/11/09	BANCO DE OCCIDENTE - ALIADAS	5	\$291,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$600	\$0	\$160,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$160,000	\$600	\$0	\$160,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,200	\$0	\$0	\$5,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$5,200	\$0	\$0	\$5,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$500	\$0	\$125,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$125,000	\$500	\$0	\$125,500	
TOTAL				1	\$290,200	\$1,100	\$0	\$291,300	

PAGADO