SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**29444-440193**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JANUARIO HAMEL HERNANDEZ CASSAB	**C.C.**	73.160.334	**IP/Nº de contacto**	53500
Correo electrónico contratista:	jhhernandezc@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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO COLPATRIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 7352001420

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: 1397559/2020 **Nº Compromiso SIIF** **40720**

Valor Total del Contrato	$ 51.954.633	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 45.693.000	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 5.077.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.616.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.077.000		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	**$ 5.077.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.373.575**		**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	----------	**4333099452**	Valor Base retención en la fuente	3.373.575,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.030.800	$ 2.030.800	Valor Base retención en la fuente ICA	4.498.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 253.900	$ 253.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 325.000	$ 325.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 21.300	$ 21.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	8.996,00	0,200%
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	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.124.525		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 5.068.004,00**	

SON: CINCO MILLONES SESENTA Y OCHO MIL CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realización de videoconferencia con todo el equipo nacional de Tecnocacademia, sobre directrices y lineamientos nacionales.
Realización de videoconferencia con la Tecnoacademia de Cali (Padrino asignado), sobre Buenas practicas de la Regional.
Envío al equipo de Facilitadores de carpetas con 317,5 Mb de información en documentos y plantillas de la Tecnoacademia Cali.
Elaboración del Plan de Trabajo del equipo de Tecnoacademia para el periodo de alistamiento prebio al trabajo de campo.
Seguimiento a la gestión del equipo de Facilitadores, para el cumplimiento del plan de trabajo.
Sesiones de trabajo con el equipo de Facilitadores de Tecnoadademia.
Videoreunión del equipo con el Subdirector del Centro y Supervisores de contratos, sobre lineamientos y seguimiento a la gestión.
Gestión de creación y reactivación de correos electrónicos institucionales, con el Lider SIGA del Centro.
Envío para revisión de la planeación pedagógica y diseño curricular de tres cursos complementarios a ser impartidos.
Notificación a los Rectores sobre la selección de Instituciones Educativas Rurales en el programa Tecnoacademia Itinerante.
Seguimiento a la gestión de centralización de los recursos financieros asignados a la estrategia y no contratados a la fecha.

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.

JANUARIO HAMEL HERNANDEZ CASSAB
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,

CRISTINA MARGARITA RUIZ CORRALES
PROFESIONAL G08

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 0857466297 OV: 515689

Cajero: JNAVARRO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/04/2020 15:53:13

PS Recaudador:
900708 AVENIDA PRIMERA CENTRO CALLE 29
::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 73160334

Nombre:	JANUARIO
Apellido 1:	HERNANDEZ
Apellido 2:	NAVA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	5645465
Codigo Planilla:	433309452
Periodo Pago:	202003
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
73160334	$603.800,00

Valor recibido: $603.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73160334
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JANUARIO HAMEL HERNANDEZ CASSAB
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 44 NO. 16A - 48 CASA 4	TELÉFONO:	7893023
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4333099452**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2020/04/16	8	$ 3.600	$ 603.800
2020/04/17	9	$ 4.000	$ 604.200
2020/04/20	12	$ 5.200	$ 605.400
2020/04/21	13	$ 5.700	$ 605.900
2020/04/22	14	$ 6.200	$ 606.400
2020/04/23	15	$ 6.600	$ 606.800

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 325.000
SUBTOTAL:			1	**$ 325.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 253.900
SUBTOTAL:			1	**$ 253.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 21.300
SUBTOTAL:			1	**$ 21.300**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 603.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73160334
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JANUARIO HAMEL HERNANDEZ CASSAB
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 44 NO. 16A - 48 CASA 4	TELÉFONO:	7893023
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4333099452**				TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:				8					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2020/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9999841143

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 325.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 325.000	$ 1.900	$ 326.900
SUBTOTALES:										**$ 325.000**	**$ 1.900**	**$ 326.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 253.900	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 253.900	$ 1.500	$ 0	$ 255.400
SUBTOTALES:													**$ 253.900**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 255.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.300	$ 21.300	$ 200	$ 0	$ 21.500
SUBTOTALES:									**$ 21.300**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 21.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 73160334	HERNANDEZ CASSAB JANUARIO HAMEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.030.800	$ 325.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 325.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.030.800	$ 253.900	$ 0	$ 253.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.030.800	73160334	$ 21.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL	**$ 603.800**