FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
COORDINACIÓN ACADÉMICA PROGRAMAS ESPECIALES

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha elaboración	**20 de marzo de 2020**
Versión	**2,2 feb-20**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: **Correo electrónico contratista:**	WILSON ANTONIO COPETE MOSQUERA wcopetem@sena.edu.co	**C.C.**	71.255.609	**IP/Nº de contacto**	3209697138
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	849871899-23
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 $ 117´503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: CO1.PCCNTR.1362603/2020 **Nº Compromiso SIIF** 16520

Valor Total del Contrato	$ 36.498.010	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**					**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.186.469	2	**Del**	01/03/2020	**Al**	31/03/2020		**$ 3.649.801,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.536.668		Comisiones			$ 0		
Deducción màxima por salud	**182.490**		**Base retfte (80%)**			**$ 2.919.840,80**		

OBJETO CONTRACTUAL: Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro Agroindustrial del Meta en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad del programa ETNIAS en la Especialidad AGRICOLA – AGRICÚLTURA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801
Ingresos por comisiones	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.649.801**
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.425.276**

Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS **febrero** **4329735387**

		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	APORTES DEL MES ANTERIOR
Ingreso Base de Cotización IBC	**marzo**	$ 1.459.920	$ 924.616
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 182.500	$ 115.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 233.600	$ 148.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 7.700	$ 4.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -	
Intereses Préstamo 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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ -	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 808.425	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.425.276,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
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	12.935,00	0,400%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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 (Si tiene)	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.636.866,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE.

En ejecución:
1. Impartir formación en Barranca De Upia, Meta el 4 al 12 de Marzo de 2020
Código del Programa de Formación: 73311563, Código de la Ficha: 2079117 MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS, 64 horas.

2. Actividades adicionales, Participación de las Videoconferencias:
Configuración general del curso y perfil del instructor en Territorium, Foros Y Publicación De Anuncios En Territorium, Centro De Calificaciones En Territorium, Configuración De Rubricas Y Edición De Contenidos En Territorium, Rubricas Y Creación De Contenido En Territorium, Uso De Foros Y Wikis En Territorium; 40 horas.

3. Realizar planeación de formación para el curso Manejo Racional De Plaguicidas; 20 horas.

4. Contactar a las empresas interesadas en las capacitaciones y explicarles las actividades de desarrollo curricular para cada curso, 16 horas.
5. Apoyar al centro de formación en la promoción del portafolio de servicios; 20 horas.
Total horas: 160 horas.

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.

Wilson A. Copete

WILSON ANTONIO COPETE MOSQUERA
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,

GLADYS GUTIERREZ SARMIENTO
SUPERVISORA (E) DEL CONTRATO

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**

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SUBDIRECTOR (E) CENTRO AGROINDUSTRIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71255609
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON ANTONIO COPETE MOSQUERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CR 16 N 19 14 BR REMANSO	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4329735387**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		15			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999482321

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 149.700
SUBTOTAL:			1	**$ 149.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 116.900
SUBTOTAL:			1	**$ 116.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.000
SUBTOTAL:			1	**$ 5.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 271.600**

Hace constar:

Que el Sr(a) WILSON ANTONIO COPETE MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71255609 realizó el día 19/03/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo WILSON ANTONIO COPETE MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71255609 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA