

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL NORTE DE SANTANDER CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTA		Código Regional	54	
			Código Centro	953710	
			Fecha Elaboración	Marzo de 2020	
			Versión	FEBRERO 2020 - 2,20	
			ID de Proceso	68029-184954	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		LAURA MARCELA ALSINA CORREA		C.C.	1.098.605.931
Correo electrónico contratista:		lalsinac@sena.edu.co		IP/Nº de contacto	3005696791
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta?	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 ?	SI
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:	1361574/2020	Nº Compromiso SIIF	29520		
Valor Total del Contrato	\$ 30.321.200	Nº Pago	2		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 27.794.433	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2020 Al 31/03/2020		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 24.004.283	Comisiones	\$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.046.476				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	2.046.476,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	9403933719	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.516.060	\$ 1.010.707	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 189.600	\$ 126.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 242.600	\$ 161.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.000	\$ 5.300	Menos Retención en la Fuente	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Reteica - 8542	16.790,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Estampilla Departamental	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ 140.500	\$ -	Otras Retenciones	75.803,00	
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	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ 109.800	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 682.159	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.697.557,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -			
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN PROGRAMAS DE TITULADAS Y/O COMPLEMENTARIAS: TOTAL 160 HORAS Ver anexo: INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL, correspondiente al mes de MARZO TOTAL DE HORAS mes de MARZO: 160 HORAS TOTAL DE DÍAS LIQUIDADOS EN EL MES DE MARZO: 30 DÍAS EL PRESENTE CONTRATO SE EJECUTARA EN OCAÑA NORTE DE SANTANDER					
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.			LAURA MARCELA ALSINA CORREA 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,		
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			LAI D SAMIRA PAREDES CASADIEGO INSTRUCTOR G17		
EDUARDO RIVERA SIERRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1098605931		ALSINA CORREA LAURA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 20A #2-33	OCAÑA-NORTE DE SANTANDER	5613020	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-02	2020-02	00198245		9403933719	I	2020/03/09	2020/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	\$294,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 1098605931	ALSINA LAURA	25-14	30	\$1,010,707	\$161,800	EPS016	30	\$1,010,707	\$126,400		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,010,707	\$5,300	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,010,707	\$161,800			\$1,010,707	\$126,400			\$0	\$0			\$1,010,707	\$5,300		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$161,800	\$400	\$0	\$162,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$161,800	\$400	\$0	\$162,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,300	\$100	\$0	\$5,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$5,300	\$100	\$0	\$5,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$126,400	\$300	\$0	\$126,700	
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	\$126,400	\$300	\$0	\$126,700	
TOTAL				1	\$293,500	\$800	\$0	\$294,300	