SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**21 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**45204-674237**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDGAR VELASQUEZ CAMPO	**C.C.**	16.616.639	**IP/Nº de contacto**	22596
Correo electrónico contratista:	evelasquezc@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** SI

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO PICHINCHA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 410554569

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: 1301545/2020 **Nº Compromiso SIIF** **4620**

Valor Total del Contrato	$ 45.495.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.450.000	**4**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 4.050.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.400.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.050.000		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	**$ 4.050.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.885.625**		**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	----------	**8816234690**	Valor Base retención en la fuente	2.885.625,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.620.000	$ 1.620.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.847.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 202.500	$ 202.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0	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 I	$ 8.500	$ 8.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ -		Pro-UCEVA	20.250,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ 961.875		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 4.029.750,00**	

SON: CUATRO MILLONES VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el periodo se proyectaron respuestas a entidades del estado.
Durante el periodo se apoyo al área jurídica de la Regional.
Se proyectaron respuestas a Juzgados Civiles del Circuito Especializados en Restitución de Tierras de Santiago de Cali, Pereira y de Antioquia y Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, Sala Civil Especializada en Restitución de Tierras.
Se apoyó en el seguimiento de la gestión realizada a nivel regional para atender las órdenes dadas a la Entidad en el marco de los Fallos de Restitución de Tierras.
Se realizó en este punto gestión tendiente a apoyar y acompañar a la Coordinación Regional de la Agencia Pública de Empleo, en los espacios de implementación de Política Pública de atención Victimas.
Se proyectaron respuestas a solicitudes y Derechos de petición.
Se proyectaron respuestas a Juzgados Civiles del Circuito Especializados en Restitución de Tierras de Santiago de Cali, Pereira, Antioquia y Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali Sala Civil Especializada en Restitución de Tierras.
Durante el periodo no se recibieron solicitudes de la Dirección Regional.
Se atendieron los requerimientos solicitados por la supervisora.
Se realizaron las demas actividades inherentes al objeto del contrato.

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.

EDGAR VELASQUEZ CAMPO
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,

MARIA EUGENIA LOPEZ HERNANDEZ
INSTRUCTOR G20

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

AURA ELVIRA NARVAEZ AGUDELO
DIRECTORA REGIONAL

Simple

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2020-03-10, 08:58:30 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: febrero de 2020 Periodo Servicio: febrero de 2020 Referencia pago (PIN): 8816234690

Fecha límite de pago: 2020-03-10

GUARDADA 12/02/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDGAR VELASQUEZ CAMPO	Dirección	CLL 36 NORTE 2 A N 49		
Documento	CC16816639	Teléfono	6683308		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Ciudad	CALI	Identificación			
Representante Legal					

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	
CC 16816639	VELASQUEZ CAMPO EDGAR	56	04																NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	$ 0 EPS SANITAS	$ 1.020.000	$ 202.500	$ 300.000 PORVENIR DE SEGUROS	$ 1.020.000	$ 8.500	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.020.000	$ 1.020.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.000	$ 1.000	$ 212.000

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
7

Periodo de cotización salud												
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	X	X	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerias Cafam-Colsubsidio-

888816234690000000991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514

Antes de imprimir, asegúrese que

Valor
$ 211.000

verifique antes de retirarse de la entidad que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE $ 65 # 042 # 68192
07:59:20 2020/04/17 No Planilla: 8816234690
PRIO COTIZACION: 202003 Normal
VALOR PAGADO: 211.000.00 16816639 6683308
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA No.8816234690

PA SIIO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON No. DE AUTORIZACION 12867020
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.