SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS

Código Regional	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**04462-596613**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / **Correo electrónico contratista:**	CAMILO JOSE GONZALEZ ORTIZ cagonzalezo@sena.edu.co	**C.C.**	14.397.256	**IP/Nº de contacto**	3013825880
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?** NO	**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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	15373952360
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:	1321399/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**10920**	
Valor Total del Contrato	$ 39.250.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.250.000	**4**	**Del**	**01/04/2020**	**Al** **30/04/2020**	**$ 3.750.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.500.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.750.000		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	**$ 3.750.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.491.875**		**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	----------	**9404459256**	Valor Base retención en la fuente	2.491.875,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.500.000	$ 1.150.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.322.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 187.500	$ 143.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 240.000	$ 184.000	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 I	$ 7.900	$ 6.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8541	9.968,00	0,300%
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	$ -		Bomberos	598,00	6,000%
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	$ 830.625		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.739.434,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planifiqué las actividades a desarrollar de acuerdo con la planeación pedagógica de la formación.
Elaboré el cronograma de actividades para la fase de planeación de la formación en Distribución física internacional Ficha 1965994.
Desarrollé las sesiones en línea para orientar acerca de temas y actividades relacionados con las competencias: Definir los métodos y técnicas de manejo de los objetos y procesos según objetivos y estrategias de la organización, en la ficha 1965994.
Realicé seguimiento al desempeño de los aprendices, se realizaron los llamados de atención y citaciones a comité de evaluación y seguimiento.
Envíe correos y brinde las asesorías a los aprendices de la formación de acuerdo con sus requerimientos.
Asistí a las sesiones de formación y a las diferentes actividades planeadas por el centro de formación.
Hice el acompañamiento en el desarrollo de los procesos de formación, socialización de los contenidos temáticos, adecuación del espacio de formación LMS, y determinando actividades de formación para el logro del aprendizaje.
Todas las anteriores actividades se desarrollaron en el municipio de Ibagué - Tolima.

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.

CAMILO JOSE GONZALEZ ORTIZ
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,

HEIDY ALEXANDRA MOLANO GIRON
COORDINADORA ACADÉMICA

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

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14397256		GONZALEZ ORTIZ CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 3 103 63	IBAGUE-TOLIMA	5151828	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	598810131	9404459256	I	2020/04/15	2020/04/14	BANCOLOMBIA	0	$333,900

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)					$1,150,000	$184,000			$1,150,000	$143,800			$0	$0			$1,150,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,150,000	$184,000			$1,150,000	$143,800			$0	$0			$1,150,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,150,000	$184,000			$1,150,000	$143,800			$0	$0			$1,150,000	$6,100		$0	$0
1	CC 14397256	GONZALEZ CAMILO	230201	30	$1,150,000	$184,000	EPS002	30	$1,150,000	$143,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,150,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,150,000	$184,000			$1,150,000	$143,800			$0	$0			$1,150,000	$6,100		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14397256		GONZALEZ ORTIZ CAMILO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 3 103 63	IBAGUE-TOLIMA	5151828	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	598810131	9404459256	I	2020/04/15	2020/04/14	BANCOLOMBIA	0	$333,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,000	$0	$0	$184,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$184,000	$0	$0	$184,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$143,800	$0	$0	$143,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$143,800	$0	$0	$143,800
TOTAL				1	$333,900	$0	$0	$333,900