SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

# FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

| | |
|---|---|
| Código Regional | 27 |
| Código Centro | 952210 |
| Fecha Elaboración | Marzo de 2020 |
| Versión | FEBRERO 2020 - 2.20 |
| ID de Proceso | 61698-725320 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: | KELLY JOHANA CHALA CORDOBA | C.C. | 1.077.446.304 | IP/Nº de contacto | 3218903932 |
| Correo electrónico contratista: | kjchala@sena.edu.co | | | | |
| Régimen del IVA: | NO RESPONSABLE | 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 ? | NO |
| Banco al cual consignar: | BANCOLOMBIA | Tipo de cta | AHORROS | Nº Cuenta | 53641154497 |
| 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: | 1392954/2020 | | Nº Compromiso SIIF | 14420 | |
| Valor Total del Contrato | $ 23.896.000 | N ° Pago | Periodo objeto de pago | | Valor Bruto Pago |
| Saldo Anterior del Contrato | $ 23.398.167 | 2 | Del 01/03/2020 | Al 31/03/2020 | $ 2.987.000,00 |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 20.411.167 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.987.000 | 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 | $ 497.833 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.484.833** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.169.250** | ***TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO*** | ***$ 0*** |

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

| | Marzo | Febrero | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA o . Nº Radicación pago SS | | Dcto1273/18 | Valor Base retención en la fuente | 2.169.250,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | $ 1.194.600 | $ 977.800 | Valor Base retención en la fuente ICA | 2.646.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 149.400 | $ 109.800 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 191.200 | $ 140.500 | 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 | $ 6.300 | $ 4.600 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8551 | 5.293,00 | 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 | $ 141.400 | | Pro Utch | 29.870,00 | 1,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 110.500 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.700 | | 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 | $ 723.083 | | *Descuentos de Libranza* | *0,00* | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.951.837,00** | |

**SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

realizo visita ala universidad utch donde doy charla ofertando los cursos a impartir
realice charla ofertando los cursos en el bloque 8 alumnas de 3er semestre trabajo social
realice oferta alumnas 6to semestre trabajo social
*impartiendo formación en servicio al cliente a aprendices del 3er semestre de trabajo social utch*
impartiendo formación en emprendimiento aprendices del 3er semestre de trabajo social utch
impartiendo formación en servicio al cliente aprendices de 6to semestre de trabajo social utch
impartiendo formación de emprendimiento aprendices 6to semester trabajo social utch

**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 este 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.

Kelly J Chala Cordoba

KELLY JOHANA CHALA CORDOBA
EL CONTRATISTA

## CERTIFICACION 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,

Mariabel Palomeque

MARIA ISABEL PALOMEQUE PALACIOS
INSTRUCTOR G18

**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**

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

soi

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | KELLY JOHANA CHALA CORDOBA CHALA CORDOBA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | QUIBDO | DEPARTAMENTO: | CHOCO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO LA PAZ | TELÉFONO: | [illegible] |
| TIPO APORTANTE: | [illegible]-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | [illegible]-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades [illegible] |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | [illegible] | TIPO DE PLANILLA: | [illegible]-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES febrero AÑO 2020 | PERIODO COTIZACION SALUD: | MES [illegible] AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | [illegible] | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/03/11 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | [illegible] |

**TOTAL APORTES A PENSION**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 140.[illegible] | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ [illegible] | $ 0 | $ 140.[illegible] | $ [illegible] | $ 141.[illegible] |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 140.[illegible] | $ [illegible] | $ 141.[illegible] |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.[illegible] | $ 0 | $ [illegible] | $ 0 | $ 109.[illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ 110.[illegible] |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.[illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ 110.[illegible] |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IBP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IBP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.[illegible] | $ 4.[illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ 4.[illegible] |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.[illegible] | $ [illegible] | $ 0 | $ 4.[illegible] |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | NOVEDADES | PENSIÓN ADMIN | IBC | COTIZACIÓN | SALUD ADMIN | IBC | COTIZACIÓN | ARP ADMIN | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC [illegible] | CHALA CORDOBA KELLY JOHANA | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | [illegible] | $ 877.[illegible] | NO [illegible] | 25-14 COLPENSIONES | $ 877.[illegible] | $ 140.[illegible] | EPS037-NUEVA EPS | $ 877.[illegible] | $ 109.[illegible] | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | $ 877.[illegible] | [illegible] | $ 4.[illegible] | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 256.600 |
|---|---|

Planilla Pagada

Certifico que la presente planilla corresponde a el pago de mi Salud-pension y ARL correspondiente FEBRERO segundecreto 1273 de 2018

Kelly Johana Chala Cordoba
1077446304

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Quibdó, 30 de marzo de 2020

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | Haga clic aquí para escribir texto. | **No tengo dependiente** | Elija un elemento. |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Kelly J Chala Cordoba
FIRMA

Nombre: _Kelly Johana Chala Córdoba

C.C. __1077446304