SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO INDUSTRIAL-CAUCA

Código Regional	19
Código Centro	922110
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUBEN FERNANDEZ MAZABUEL	**C.C.**	76.303.774	**IP/Nº de contacto**	3103585924
Correo electrónico contratista:	rfernandezm@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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	26100038276
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 $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1314812/2020		**Nº Compromiso SIIF**	15820	
Valor Total del Contrato	$ 32.300.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.300.000	1	**Del** 03/02/2020	**Al** 29/02/2020	$ 3.173.333,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.126.667		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.173.333	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	$ 3.173.333	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.108.650	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	8605289965
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.269.333	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 203.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo 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 A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 702.883	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.108.650,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.811.533,00	
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 - 300	5.623,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.167.710,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir el objeto y alcance del contrato, de acuerdo con la programación asignada por Coordinación Académica en el marco de las políticas de calidad, pertinencia y eficacia.
Rendir informes académicos que contengan novedades de los aprendices (llamados de atención por escrito, inasistencia reiterada, resultado del plan de mejoramiento, actividades complementarias bien sean académicas y/o actitudinales)
Registrar los resultados de la emisión de juicios (criterios) de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje o novedades del aprendiz en tiempos establecidos por el procedimiento de ejecución de la formación profesional en el aplicativo dispuesto por la entidad.

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.

Rubén Fernández M

RUBEN FERNANDEZ MAZABUEL
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 periodo 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,

NELSON PINO SALAZAR
INSTRUCTOR

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

EDUARDO ANTONIO BENAVIDES ROSERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

190012000662 37

EL SUSCRITO COORDINADOR DE BASE DE DATOS

CERTIFICA

Que el afiliado presenta los siguientes datos a la fecha de su expedición:

Número de Identificación:	CC 76303774
Apellidos:	FERNANDEZ MAZABUEL
Nombres:	RUBEN
Nivel Sisben:	1
Ficha Sisben:	49993
Discapacidad:	NO
Plan de Salud:	**SUBSIDIADO**
Estado de Afiliación:	**ACTIVO**
Fecha Afiliación ó Activación EPS:	**24/01/2020**
Departamento:	CAUCA
Municipio:	POPAYAN
Zona:	URBANA
IPS Primaria Asignada:	ESE POPAYAN - CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE - POPAYAN (CAUCA) / ESE POPAYAN - CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE - POPAYAN (CAUCA)

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición.
No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores prestadores:
Esta certificación es válida unicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periodicamente por la institución según normatividad.

En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad.

En constancia se firma el 24 de enero de 2020 a solicitud del interesado.

Coordinadora Base de Datos
Emssanar

Código de Seguridad

24.001.00

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

www.emssanar.org.co
(2)7336889 Nariño – Putumayo ó (2) 3850212 Valle – Cauca
Mayor información en la línea de atención al usuario: 018000129393
Email: gerenciageneral@emssanar.org.co