SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL NARIÑO
DESPACHO BIENESTAR FUNCIONARIOS

Código Regional	**52**
Código Centro	**101052**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**21777-441007**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PABLO ANDRES PLAZAS PAZ	**C.C.**	1.085.268.087	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	andresplazaspaz@hotmail.com				

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 ?** NO

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 202934712

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: 1405790/2020 **Nº Compromiso SIIF** **17020**

Valor Total del Contrato	$ 7.175.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.150.000	**2**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 1.025.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.125.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.025.000		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	**$ 1.025.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 464.820**		**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	----------	**9403877402**	Valor Base retención en la fuente	464.820,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	774.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 109.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 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 I	$ 4.600	$ 4.600	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	$ -		Estampilla Prodesarrollo UDENAR	5.125,00	0,500%
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	$ 102.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 260.000				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 103.050		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.019.875,00**	

SON: UN MILLÓN DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DE CONFORMIDAD CON LA OBLIGACION 1 SE PRESTA LOS SERVICIOS COMO ENTRENADOR DE VOLEIBOL INICIANDO CON LOS ENTRENOS ATRAVEZ D
DE CONFORMIDAD CON LA OBLIGACION NUEMERO 2 SE EXTIENDE LA INVITACION A LOS FUNCIONARIOS PARA QUE CONFORMEN EL GRUPO DE VOLE
DE CONFORME CON LA OBLIGACION NUMERO 3 SE INVITA A FUNCIONARIOS A HACER PARTE DEL EQUIPO PARA REALIZAR LOS ENTRENAMIENTOS VI
DE COMFORME A LA OBLIGACION NUMERO 4 SE A ECHO LA INVITACION A LOS FUNCIONARIOS PARA REALIZALOS ENTRENOS ATRAVEZ DE TUTORIAL
DE COMFORME A LA OBLOGACION NUMERO 5 SE TIENE PREVISTO LA REALIZACION DE LOS ENTRENAMIENTOS LOS DIAS MARTES Y JUEVES DE 5 A 7
DE CONFORME A LA OBLIGACION 6 SE TIENE UN LISTADOS DE INSCRITOS AL GRUPO DE VOLEIBOL ESPERANDO QUE MUCHOS MAS FUNCIONARIOS S
SE REALIZA ACCIONES PREVIAS PARA ESTE TIPO DE EVENTOS
DE CONFORME A LA OBLIGACION NUMERO 8 ME ENCUENTRO PRESTO A APOYAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES EN LAS QUE SE NECESITE APOYO
DE CONFERME A LA OBLIGACION NUMERO 9 ME ENCUENTRO PRESTO A ATNDER TODAS LAS SOLICITUDES DEL SUPERVISOR
SE PRESENTAN LOS PLANES DE CLASE COMO DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE INFORME
OBLIGACION NUMERO 10 SE ENCUENTRA EN PROCESO EN PROCESO DEBIDO A QUE LA CONFORMACION DEL EQUIPO SE ESTA REALIZANDO
DE CONFORME A LA OBLIGACION 12 NO SE HAN REALIZADO DESPLAZAMIENTOS A OTROS LUGARES
SE PRESENTA CUENTA DE COBRO A LOS 30 DIAS DEL MES DE ABRIL

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.

PABLO ANDRES PLAZAS PAZ
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,

SILVIO GERMAN MONTENEGRO MARTINEZ
TECNICO G02

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

SARA ANGELA ARTURO GONZALEZ
DIRECTORA REGIONAL

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 o ICBF
CC 1085268087		PLAZAS PAZ PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRa 24 15 60	HARINO-HARIÑO	7322738	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	03877402	94038774402	I	2020/04/22	2020/03/20	BANCO AV VILLAS	0	$259,500

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 1085268087	PLAZAS PAZ PABLO ANDRES	230301	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$9,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$259,500	$0	$0	$259,500

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 1085 268087

Valor a Pagar $: 259.500

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 94038774402

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2020 Mes 03

AVV 202 20200320 10:01 SC 293 LINEA 0
VR PAGADO: 259,500.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9403877402
ID:1085268087
Fecha Aplicación:20200320 PIN:100146
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.