

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL PUTUMAYO		Código Regional	86
			Código Centro	951810
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
	CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA - PUTUMAYO -SERVICIOS P		Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	04416-675295
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIEGO DAVID TONGUINO BETANCOURTH		C.C.
Correo electrónico contratista:		dtonguino@sena.edu.co		1.032.366.485
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/Nº de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		SI		Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		NO
Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Tipo de cta		CORRIENTE		SI
Nº Cuenta		726015241		
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:	861363694/2020		Nº Compromiso SIIF	13120
Valor Total del Contrato	\$ 37.750.000	Nº Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 31.500.000	3	Del	30/04/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 27.750.000		AI	Valor Bruto Pago
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.750.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.750.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.210.625			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	2.210.625,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	41918790		Valor Base retención en la fuente ICA	3.322.500,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 187.500	\$ 187.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 240.000	\$ 240.000	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 7.900	\$ 7.900	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Retefuente - 8299	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 375.000		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 736.875		VALOR A PAGAR	\$ 3.750.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Objeto del Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN EL CENTRO AGROFORESTAL Y ACUÍCOLA ARAPAIMA DEL SENA REGIONAL PUTUMAYO, EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON EL PERFIL DEL INSTRUCTOR Y DE ACUERDO A REQUERIMIENTOS DEL CENTRO EN LA OFERTA DE FORMACIÓN REGULAR.</p> <p>Municipio: Sibundoy - Mes: del 01 al 30 de abril 2020</p> <p>Instructor de Formación Profesional Integral de Titulada y/o Complementaria</p> <p>Actividades desarrolladas:</p> <p>Impartir Formación Titulada no presencial: *Técnico en Asesoría Comercial y Operaciones de Entidades Financieras. Ficha: 1904316. Código de Programa: 133202. C210301017 - VINCULAR AL CLIENTE. R01, R02, R03, R04 Y R05. 36 horas. Sibundoy.</p> <p>Lunes a Viernes de 6:00pm a 12:00pm. * Tecnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras.</p> <p>Ficha 2067776. Código de Programa: 133100. C210303022 - RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS. R01. 66 horas. San Francisco.</p> <p>Lunes a Viernes de 6:00pm a 12:00pm. Total horas de formación: 102 horas.</p> <p>Capacitación en LMS TERRITORIUM vía TEAMS. Inst. Jorge Mario Ortega. 10 horas</p> <p>Alistamiento FPI - Planeación Pedagógica y Proyecto Formativo de la ficha 2067776. 48 horas.</p>				
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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			DIEGO DAVID TONGUINO BETANCOURTH EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN INSTRUCTOR G10	
EL ORDENADOR DEL PAGO				
WILLIAN JAMES RODRIGUEZ ORTIZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032366485	DIEGO DAVID TONGUINO BETANCOURTH		Cl 10 27 54	3123123600	diegodavidtb@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-03	2020-03	I	14/04/2020	41918790	\$435.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	435.400	435.400

Usuario: CC1032366485
Clave: foster1986