SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	73
Código Centro	912310
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	50070-185122

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIEGO MAURICIO CASTRO GUERRA	C.C.	93.413.918	IP/N° de contacto	3118327333
Correo electrónico contratista:	dmcastrog@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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	66556531
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

N° del contrato:	1340117/2020			N° Compromiso SIIF	13120	
Valor Total del Contrato	$ 38.809.232	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.809.232	1	Del	05/02/2020	Al 29/02/2020	$ 3.402.108,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.407.124		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.402.108	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	$ 3.402.108	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.260.581	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9402101915
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.360.843	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 170.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 217.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 14.300	$ 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	$ 753.527	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	2.260.581,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	3.014.108,00	
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 - 8299	21.099,00	0,700%
-	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	**$ 3.381.009,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta la información solicitada en plataforma SECOP II y One Drive en pantallazo pdf.
Se adjunta guías de aprendizaje, compartidas One Drive.
Proyectos formulados con código: 1873244, 1873111.
Se presenta informe de apoyo a la formación, pantallazos de SofiaPlus fichas del instructor, compartido One Drive.
Se adjunta certificado de aprobación, compartido en One Drive.
Se comparten informe mensual de ejecución cotractual, planilla de cobro, planilla de de seguridad social
e informe de apoyo a la formación en One Drive y SECOPII. pantallazo pdf
Pago por concepto de aportes a salud, pensión y ARL del mes de enero, planilla 9402101915.

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 veridica; 5. He leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

DIEGO MAURICIO CASTRO GUERRA
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,

WILLIAM HUMBERT PAEZ RODRIGUEZ
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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
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 93413918		CASTRO GUERRA DIEGO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 56 CASA 6 ETA 8 JORDAN	IBAGUE-TOLIMA	2749693	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	73266295	9402101915	I	2020/02/06	2020/02/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$260,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$880,805	$141,000			$880,805	$110,200			$0	$0			$880,805	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$880,805	$141,000			$880,805	$110,200			$0	$0			$880,805	$9,200		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$880,805	$141,000			$880,805	$110,200			$0	$0			$880,805	$9,200		$0	$0
1	CC	93413918	CASTRO DIEGO	25-14	30	$880,805	$141,000	EPS016	30	$880,805	$110,200		0	$0	$0	14-23	30	$880,805	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$880,805	$141,000			$880,805	$110,200			$0	$0			$880,805	$9,200		$0	$0

2020/02/06 09:47 AM