



PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	95479-169909

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAIME ESTEBAN POSADA PEÑATE	C.C.	8.731.886	IP/Nº de contacto	3015807271
Correo electrónico contratista:	jimisebastian@misena.edu.com				
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	47457677894
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

[illegible]

Nº del contrato:	1330707/2020	Nº Compromiso SIIF		29520			
Valor Total del Contrato	\$ 36.431.306	N ° Pago 2	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.607.060,00		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 33.064.716		Del	01/03/2020		Al	31/03/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 29.457.656		Comisiones			\$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
--	--

Ingresos por honorarios	\$ 3.607.060	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	\$ 3.607.060	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.396.820	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

LÍQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL - EXERCICIO 2019		Marzo	Febrero			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago \$S			4327647431			
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.442.824	\$ 1.346.636		Valor Base retención en la fuente	2.396.820,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.400	\$ 168.400		Valor Base retención en la fuente ICA	3.195.760,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.900	\$ 215.500		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL	\$ 7.600	\$ 7.100		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			Reteica - 8299	31.958,00	1,000%
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	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 569.712	\$ -					
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 798.940			Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	\$ 3.575.102,00	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE CONTABILIDAD EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL,VIRTU COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICU CON LA MEDIA.SEGUIMIENTO A LA FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.
FICHAS :1830232-1830121-1830049-1830057-1830113-1830055-2057277-2057260

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplir 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.

JAIME ESTEBAN POSADA PEÑATE
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 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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8731886
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAIME ESTEBAN POSADA PENATE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 62 N.64-125	TELÉFONO: 3186399
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4327647431	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: MES: febrero
DÍAS DE MORA:	0	AÑO: 2020
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999301856

LIQUIDACIÓN GENERAL						
				TOTALES		
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO	
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 215.500	
SUBTOTAL:				1	\$ 215.500	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		1	\$ 168.400	
SUBTOTAL:				1	\$ 168.400	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 7.100	
SUBTOTAL:				1	\$ 7.100	

TOTAL PAGADO:	\$ 391.000
----------------------	-------------------