SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**17264-232493**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DAVID ANDRES GAITAN ARIAS	**C.C.**	89.003.153	**IP/Nº de contacto**	3176851311
Correo electrónico contratista:	dagaitan351@misena.edu.co				

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO COOMEVA S.A. **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 60101466601

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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1334943/2020 **Nº Compromiso SIIF** **12320**

Valor Total del Contrato	$ 36.753.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.023.333	**4**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.323.333		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000	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	**$ 3.700.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.602.950**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4334986681**	Valor Base retención en la fuente	2.602.950,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 1.480.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.470.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 185.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 44.400	$ 44.400	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	$ 7.800	$ 7.800	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	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
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	$ 867.650		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.700.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El contratista en cumplimiento a su contrato de prestación de servicios realizó satisfactoriamente las siguientes actividades en el presente periodo, las cuales están contenidas en su objeto contractual: cumplí a cabalidad con el objeto del contrato, también orienté actividades de aprendizaje en nueve fichas de formación (2027023- 1992654-2027108-1893483-1804800-1956847-1956848-2026678-2049559).hasta el 30 del presente mes. . Desarrollé actividades adicionales que se requieren para la ejecucion del contrato tales como envío de correos electrónicos para dar información a los aprendices, empleo de la plataforma compromiso, además de interactuar con la plataforma Sofia Plus y Blackboard. Participé activamente en las reuniones citadas por el Centro y el SENA que tuviesen relación con el objeto del contrato. Velé por el cabal cumplimiento del Reglamento de aprendices del SENA registrando las inasistencias en el aplicativo de Sofia Plus. Utilicé y promoví en los aprendices el uso de la plataforma de ambientes virtuales de aprendizaje, como herramienta de apoyo a la formación que se imparte en el centro, mediante la utilización

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.

DAVID ANDRES GAITAN ARIAS
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,

MARIA FIDELINA AREVALO GARCIA
INSTRUCTOR G16

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

HENRY ALFONSO ZAMORA ANTIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	89003153
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DAVID ANDRES GAITAN ARIAS
CIUDAD/MUNICIPIO:			QUINDIO
DIRECCIÓN:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	7456928
TIPO APORTANTE:	COND SALAMANCA CASA 50	TELÉFONO:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	ÚNICO		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4334986681	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/05/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:						9990022970

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 44,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44,400	$ 0	$ 44,400
SUBTOTALES:										$ 44,400	$ 0	$ 44,400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185,000	$ 0	$ 0	$ 185,000
SUBTOTALES:													$ 185,000	$ 0	$ 0	$ 185,000

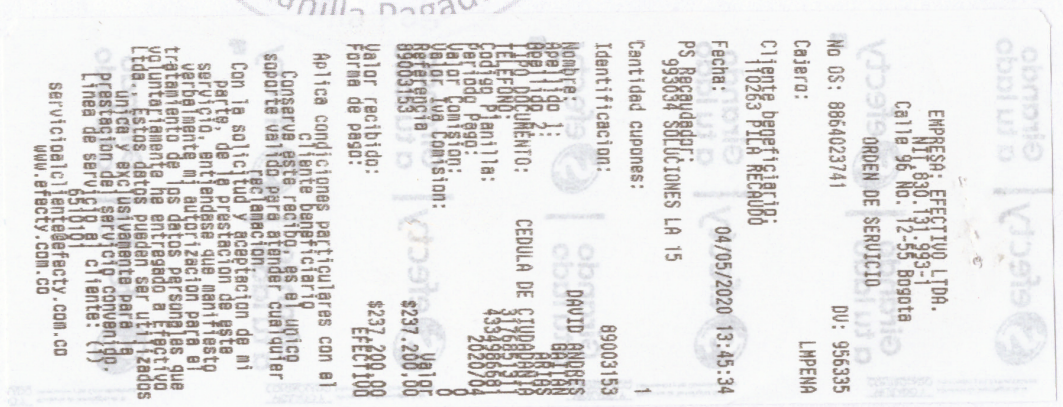
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7,800	$ 7,800	$ 0	$ 0	$ 7,800
SUBTOTALES:									$ 7,800	$ 0	$ 0	$ 7,800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP								CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 89003153	GAITAN ARIAS DAVID ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,480,000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,480,000	$ 44,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 44,400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,480,000	$ 185,000	$ 0	$ 185,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,480,000	$ 89003153	$ 7,800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 237.200



Planilla Pagada

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA (13- Mayo- 2020)

PRESENTADO A: (Maria Fidelina Arevalo Garcia)

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	02- Marzo- 2020	**13- Marzo -2020**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	QUINDIO- CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO	**MONTENEGRO- GENOVA**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACION PRESENCIAL

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. **INDUCCION A LA LENGUA EXTRANGERA"INGLES" PRACTICA DEL ALFABETO Y NUMEROS**
2. **PRACTICA DE LOS ADJETIVOS Y EL ARTICULO. INDUCCION DE EL TIEMPO "PRESENT CONTINUOUS"**

RESULTADOS: COMPRENDER EXPRESIONES BASICAS EN INGLES Y VOCABULARIO TECNICO

EVIDENCIAS O SOPORTES: LOS SOPORTES SE ENCUENTRAN ADJUNTADOS EN SECOP 2 EVIDENCIAS

COMPROMISOS

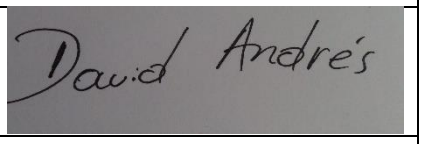
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
LISTENING THE ALPHABET	**INSTRUCTOR : DAVID ANDRES**	**MARZO- 05 / MARZO- 12**
GRAMMAR ACTIVITY VERB TO BE	**INSTRUCTOR : DAVID ANDRES**	**MARZO- 06 / MARZO -13**

CONCLUSIÓNES:

1. SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES DE FORMACION SIN NUNGUN CONTRATIEMPO

2. SE REVISARON Y CORRIGIERON LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES LA PLANEACION INICIAL

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
DAVID ANDRES GAITAN ARIAS	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
CORDINADORA ACADEMICA	**MARIA FIDELINA AREVALO GARCIA**	