



Código Regional	68
Código Centro	922510
Fecha Elaboración	30 de mayo de 2020
Versión	MAYO 2020 - 4.20
ID de Proceso	17375-462672

Nombres y apellidos contratista:		MARTHA LIZETT BOADA RUEDA		C.C.	37.753.125	IP/N° de contacto	73551
Correo electrónico contratista:		mboadar@sena.edu.co					
Régimen del IVA:	<input type="text" value="NO RESPONSABLE"/>	Pertenece al régimen simple de tributación?	<input type="text" value="NO"/>	Es declarante de renta?	<input type="text" value="SI"/>	Es Pensionado?	<input type="text" value="NO"/>
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	<input type="text" value="NO"/>	Inducción SST	<input type="text" value="SI"/>	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	<input type="text" value="SI"/>		
Banco al cual consignar:	<input type="text" value="BANCOLOMBIA"/>	Tipo de cta	<input type="text" value="AHORROS"/>	N° Cuenta	<input type="text" value="9043591778"/>		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	<input type="text" value="NO"/>	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	<input type="text" value="NO"/>				
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	<input type="text" value="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:					<input type="text" value="NO"/>
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:							<input type="text" value="NO"/>

N° del contrato:	1349320/2020	N° Compromiso SIIF		11920			
Valor Total del Contrato	\$ 34.111.260	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.790.140,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.909.994		Del	01/05/2020	Al		31/05/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 23.119.854			Comisiones \$ 0.00			

Ingresos por honorarios	\$ 3.790.140	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	\$ 3.790.140	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.518.455	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	42038828			
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.056	\$ 1.516.056	Valor Base retención en la fuente	2.518.455,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL I	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	20.148,00	0,6000%
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	0,0000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,0000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,0000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,0000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,0000%
Salud hasta \$ 569.712	\$ -				
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 839.485		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$ 3.769.992,00	

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.

MARTHA LIZETT BOADA RUEDA
EL CONTRATISTA

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 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.

ERNESTO HERRERA ROJAS
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37753125	Martha Lizett Boada Rueda		Carrera 25 No. 19-19 Apto 101N San Fecoliana	6323305	lizettboada@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-04	2020-04	I		42038828	\$440.200

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					
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	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	242.600	0	0	0	0	0	0		242.600	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	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	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	189.600	189.600
Pensión	1	242.600	242.600
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.200	440.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37753125	Martha Lizett Boada Rueda		Carrera 25 No. 19-19 Apto 101N San Francisco	6323305	lizettboada@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2020-04	2020-04	I		42038828	\$440.200

TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	LMA	WVC	WVP	WVT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	37753125	Boada Rueda Martha Lizett	59	0			N				X				X								25-14	1.516.056	242.600	0	0	0	0	0	MIN001	1.516.056	189.600	14-23	1.516.056	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0