SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954510** |
| **Fecha Elaboración** | **20 de mayo de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **92976-791717** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** JAIME ALBERTO SUAREZ DELGADO
**Correo electrónico contratista:** jasuarezd@sena.edu.co
**C.C.** 1.096.947.661 **IP/Nº de contacto** 3134684400

**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 ?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 36654803948

**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:** 1333372/2020 **Nº Compromiso SIIF** 10420

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.268.636 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 24.454.559 | **4** | **Del** | **01/05/2020** | **Al** **31/05/2020** | **$ 3.686.617,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 20.767.942 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.686.617 | | 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** | **$ 3.686.617** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.593.438** | | **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** | ---------- | **7752746094** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.474.647 | $ 1.474.647 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.400 | $ 184.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 44.300 | $ 44.300 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.400 | $ 15.400 |
| 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 | $ 864.479 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.593.438,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.457.917,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Aporte Voluntario Dec. 568/2020 | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$ 3.686.617,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 1831954 Técnico en Producción Agropecuaria - Municipio Cerrito – Jurado. Del 05 al 26 de mayo. 32 horas AP: Aplicar plan de alimentación AA: Suministrar alimento a los animales FICHA: 1850260 Técnico en Producción Agropecuaria - Municipio Carcasí Aguatendida Del 06 al 27 de mayo. 25 horas AP: Aplicar plan de alimentación AA: Suministrar alimento a los animales FICHA: 1850337 Técnico en Producción Agropecuaria - Municipio Carcasí. Del 07 al 28 de mayo. 28 horas AP: Aplicar plan de alimentación AA: Suministrar alimento a los animales FICHA: 1831954 Técnico en Producción Agropecuaria - Municipio Concepción. Del 01 al 29 de mayo. 25 horas AP: Aplicar plan de alimentación AA: Suministrar alimento a los animales FICHA: 1831883 Técnico en Producción Agropecuaria - Municipio San Miguel. Del 02 al 30 de mayo. 40 horas AP: Aplicar plan de alimentación AA: Suministrar alimento a los animales Reunión Instructores Programa Articulación: Dia 11 y Dia 27 de mayo. 06 horas Seguimiento Etapa Practica mes de Mayo Ficha 1831954 Jurado, Ficha 1850260 Aguatendida Ficha 1850337 Carcasi, Ficha 1831954 Concepción, Ficha 1831883 San Miguel. 25 Horas. TOTAL, HORAS DEL MES DE MAYO 181 HORAS

**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.

**JAIME ALBERTO SUAREZ DELGADO**
**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,

**LUZ MARINA BAEZ GUTIERREZ**
**INSTRUCTOR G13**

**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**

**JOSE LEONARDO SILVA RIVERA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1096947661 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAIME ALBERTO SUAREZ DELGADO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MALAGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 4 10 - 86 | TELÉFONO: | 6616839 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades profesionales, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7752746094** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/05/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 626537891 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 44.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 44.300** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 184.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 184.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 15.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 15.400** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 244.100** |