



FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CESAR AUGUSTO LOPEZ NAVARRO	C.C.	72.252.826	IP/N° de contacto	44718
Correo electrónico contratista:	calopez628@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron	\$47.978.000	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	801978888
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:	1307399/2020	N° Compromiso SIIF	6220
Valor Total del Contrato	\$ 18.035.300	Período objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 17.548.346	Del	01/02/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.941.286	Al	29/02/2020
		Comisiones	\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.607.060	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención 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

N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Febrero	Enero		TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.442.824	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente	2.396.820,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.400	\$ 109.800	Valor Base retención en la fuente ICA	3.195.760,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.900	\$ 140.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL	\$ 7.600	\$ 4.600	Menos Retención en la Fuente	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	31.958,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.575.102,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 798.940	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		

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 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, CONTABILIDAD Y FINANZAS(sistemas) EN LOS DIVERSOS PROGR DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO DEL SENA REGIONAL ATLANTICO. TC ASISTENCIA ADMIN 2023262, TC ASISTENCIA ADMIN 1964106, TGO G HUM 1963972, TGO G ADM - ART 1827418, TC ORG ARCHIVO 1963863, TC ASISTENCIA ADMIN 1964119.

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.

CESAR AUGUSTO LOPEZ NAVARRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

MARIA CECILIA SUAREZ BENAVIDES
INSTRUCTOR G20

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.

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 PAOILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72252826
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CESAR AUGUSTO LOPEZ NAVARRO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 45 63 25 APTO 2B	TELÉFONO:	3607596
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:	4321704652	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:	AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998815685

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)			1	\$ 140.500
SUBTOTAL:					1	\$ 140.500
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS			1	\$ 109.800
SUBTOTAL:					1	\$ 109.800
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860002183	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.			1	\$ 4.600
SUBTOTAL:					1	\$ 4.600

TOTAL PAGADO:	\$ 254.900
---------------	------------

