SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL NARIÑO**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **52** |
| **Código Centro** | **101052** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **66843-700903** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** FRANCO GIOVANNY SANTACRUZ PINCHAO
**Correo electrónico contratista:** fsantacruzp@sena.edu.co
**C.C.** 98.396.183 **IP/Nº de contacto** 72053

**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** 88018050981

**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:** 1307219/2020 **Nº Compromiso SIIF** 4920

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.800.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 27.418.667 | **4** | **Del** | **01/05/2020** | **Al** **31/05/2020** | **$ 3.880.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 23.538.667 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.880.000 | | 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** | **$ 3.880.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.729.550** | | **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** | ---------- | **4335934502** | Valor Base retención en la fuente | 2.729.550,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.552.000 | $ 1.552.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.639.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 194.000 | $ 194.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 46.600 | $ 46.600 | 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 II | $ 16.300 | $ 16.300 | 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 | $ - | | Estampilla Prodesarrollo UDENAR | 19.400,00 | 0,500% |
| 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 | $ 909.850 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.860.600,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión semanal con el líder misional para Planear las actividades de fortalecimiento mediante acciones realizadas en casa-covid-19
Fortalecimiento en fuentes de financiación; elaborando y formulando proyectos productivos para las 12 UP en fortalecimiento.
Fortalecimiento en aspectos de mercado con el Diseño de Ficha técnica y tarjetas de presentación, para las 12 UP en fortalecimiento.
Programación semanal de trabajo de oficina en casa por pandemia de coronavirus.
Inscripción plataforma de la Agencia de Desarrollo Rural "ADR" ventas y compras locales.
Inscripción estrategia de comercialización virtual MARD, Inscripción en Estrategia de comercialización Unión Europea a organizaciones con ventas superiores a 250 millones mes
diligenciamiento de 12 herramientas integradas CANVAS Empresarial en aspectos de estructura organizacional, plan de inversión, análisis financiero y actualización de base de datos de los emprendedores, de las UP en fortalecimiento empresarial.

**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.

**FRANCO GIOVANNY SANTACRUZ PINCHAO**
**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,

**DIANA CRISTINA FUERTES TORRES**
**PROFESIONAL G04**

**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**

**SARA ANGELA ÁRTURO GONZALEZ**
**DIRECTORA REGIONAL**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 98396183 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | FRANCO GIOVANNY SANTACRUZ PINCHAO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PASTO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | CLLE 18 10-48 B FATIMA | TELÉFONO: | 7311111 |
| 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: | **4335934502** | | 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): | | 2020/05/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9990220928 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 46.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 46.700** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 194.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 194.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 16.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 16.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 257.400** |

EMPRESA: EFECTIVOMEDIA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota
ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8867940913 DV: 866795

Cajero: JEDARIVE

Cliente beneficiario:
110263 PILA REGALADO

Fecha: 13/05/2020 09:56:26

PS Recaudador:
903446 BARRIO NAVARRETE

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 98396183

Nombre: FRACO
Apellido 1: SANTACRUZ
Apellido 2: N A
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3173053369
Codigo Planilla: 4335934502
Periodo Pago: 2020/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 98396183 | $257.400,00 |

Valor recibido: $257.400,00
Forma de pago: EFECTIVO

------- COPIA -------

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co