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-EMP

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**22 de julio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**33829-497598**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HERMES ORTIZ DUARTE	**C.C.**	5.609.782	**IP/Nº de contacto**	3115478878
Correo electrónico contratista:	hortiz@sena.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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 31282871761

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: N/A

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: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1657075/2020 **Nº Compromiso SIIF** **130120**

Valor Total del Contrato	$ 20.030.619	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.907.732	**2**	**Del**	**01/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 3.686.617,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.221.115		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	$ 122.887			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.809.504**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.523.003**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4343773003**	Valor Base retención en la fuente	2.523.003,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.474.647	$ 87.780	Valor Base retención en la fuente ICA	3.266.217,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 184.400	$ 11.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 236.000	$ 14.100	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	$ 15.400	$ 1.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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		$ 11.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 14.100		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 1.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ -				
Salud hasta	$ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 841.001		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		**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

Alistamiento y capacitación pedagogica 40 horas
Realizar diagnóstico de la unidad productiva mediante análisis DOFA, para caracterizar la UP objeto de formación.
Ficha 2142704 Municipio de San Andres vereda Santa Cruz 30 horas
Realizar diagnóstico de la unidad productiva mediante análisis DOFA, para caracterizar la UP objeto de formación.
Ficha 2081048 Municipio de San Andres- Corregimiento de Pangote 30 horas
Realizar diagnóstico de la unidad productiva mediante análisis DOFA, para caracterizar la UP objeto de formación.
Ficha 2089204 Municipio de Capitanejo Sector quebrada de vera 30 horas
Realizar diagnóstico de la unidad productiva mediante análisis DOFA, para caracterizar la UP objeto de formación.
Ficha 2154416 Municipio de Guaca- corregimiento de Baraya 30 horas TOTAL 160 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.

HERMES ORTIZ DUARTE
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

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 5609782

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	HERMES ORTIZ DUARTE ORTIZ		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	5609782
Ciudad/Municipio	BUCARAMANGA	Departamento	SANTANDER
Dirección	CRA 7 N 7 19 BARRIO KENNEDY	Teléfono	6617676
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	002 - SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4343773003**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	junio / 2020	Periodo Cotización Salud	junio / 2020
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2020/06/26
Número Autorización	9990811850		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	HERMES	Apellidos	ORTIZ DUARTE
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	5609782
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	SANTANDER	Municipio	MALAGA
Salario Básico	$ 878.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
28																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	3	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 87.800
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 14.100
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 14.100**

SALUD			
Dias	3	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 87.800
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 11.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 11.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	3	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	II	IBC	$ 87.800
Centro de Trabajo	5609782	Tarifa	1,044 %
		Total Aporte	**$ 1.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 26.100**