SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **101068** |
| **Fecha Elaboración** | **21 de julio de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **18396-801939** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YUDY PATRICIA MALAVER HERRERA | **C.C.** | 1.096.950.276 | **IP/Nº de contacto** | 74015 |
| **Correo electrónico contratista:** | ypmalaver@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** 31200000150

**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:** 1315093/2020 **Nº Compromiso SIIF** **12720**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 45.760.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 24.960.000 | **6** | **Del** | **01/07/2020** | **Al** | **31/07/2020** | **$ 4.160.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 20.800.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.160.000 | | 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** | **$ 4.160.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.764.275** | | **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** | ---------- | **7757453117** | Valor Base retención en la fuente | 2.764.275,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.664.000 | $ 1.664.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.685.700,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 208.000 | $ 208.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 266.300 | $ 266.300 | 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 I | $ 8.700 | $ 8.700 | 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 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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 | $ 921.425 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 4.160.000,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asesoría formulación Plan de Negocio Salvavidas la 13, emprendedor Sergio Gómez Quiroz
Asesoría formulación Plan de Negocio Serviteca INVECO, emprendedor Wilson Gualdron
Asesoría formulación culminación Plan de Negocio Porcícola CORDOGAN, emprendedor Fabián Orozco
Seguimiento Plan de Acción Fortalecimiento Empresarial para CENTRAL DE SERVICIOS ASA Empresaria Sandra Liliana Herrera.
Seguimiento Plan de Acción Fortalecimiento Empresarial para Alimentos VICAMPO Empresaria Gladys Uribe.
Fortalecimiento Empresarial, empresa PORCIGAR, empresario Jerson Estupiñan.
Difusión Sensibilización y presentación oferta de Servicios Centro de Desarrollo Empresarial-SBDC de manera virtual
Realización entrenamiento en etapa de validación e ideación temprana para futuros proyectos.
Acompañamiento y seguimiento a puesta en marcha de empresas OFF. Acompañamiento en formulación FE a pasante

**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.

**YUDY PATRICIA MALAVER HERRERA**
**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,

**DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ**
**PROFESIONAL G06**

**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**

**ORLANDO ARIZA ARIZA**
**DIRECTOR REGIONAL**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1096950276 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YUDY PATRICIA MALAVER HERRERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CL 16 25 - 74 | 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: | **7757453117** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | junio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/07/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 675834731 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 266.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 266.300** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 901097473 | EPS044 | EPS044-MEDIMÁS | 1 | $ 208.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 208.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 8.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.700** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 483.000** |