

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	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	30 septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	19874-219837
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUDWING FABIAN LANDINEZ NAVARRO Correo electrónico contratista: llandinez3@misena.edu.co		C.C. 73.128.783	IP/N° de contacto 6919378	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☐ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☐ Es declarante de renta? ☐ SI ☐ Es Pensionado? ☐ NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI ☐ Inducción SST ☐ SI ☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI				
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 67802957863				
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: N/A				
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				
N° del contrato: 1730696/2020		N° Compromiso SIIF 90220		
Valor Total del Contrato \$ 11.721.666	N° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/09/2020 Al 30/09/2020		Valor Bruto Pago \$ 2.705.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.197.000		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 6.492.000				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.705.000 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.705.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.797.375	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Rete Fuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.082.000	18667424	1.009.866	Valor Base retención en la fuente 1.797.375,00 Valor Base retención en la fuente ICA 2.396.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 135.300	\$ 126.300	\$ 161.600	Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 173.200	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 5.700	\$ 5.300	\$ -	Reteica - 8299 23.965,00 1,000%	
ARL \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 2.681.035,00	
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 \$ 599.125	\$ -	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE GESTIÓN LOGÍSTICA QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUIMIENTO DE ETAPA PRODUCTIVA A APRENDICES PARA LAS FICHAS 899388 - 959485 - 959543 - 959546 - 959552 - 959561 - 959563 - 973711 - 995476 - 995489 - 995494 - 995496 - 995499 - 995510 - 995512 - 997588 - 1024712 - 1024717 - 1024749 - 1024750 - 1024782 - 1024783 - 1025043 - 1025046 - 1051928 - 1051941 - 1052515 - 1076064 - 1095386 - 1095388 - 1095412 - 1095417 - 1095418 - 1095436 - 1095458 - 1097589				
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.			LUDWING FABIAN LANDINEZ NAVARRO 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,	
			DORIS ESTER DEL TORO RUIZ INSTRUCTOR G20	
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 PADILLA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 73128783	0	LUDWING FABIAN LANDINEZ NAVARRO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
13-1	CRA 17 N 34 210 BARRIO PASEO BOLIVAR		6919378		fabian.landinez@hotmail.com		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-08	2020-08	18667424	I	2020-08-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	293.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	18667424	2020-09-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC					Cot.	Cot.	Cot.	Cot.
1	CC 73128783	LANDINEZ NAVARRO LUDWING FABIAN	1.009.867								X									0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	1.009.867	161.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.009.867	126.300	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.009.867	5.300	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	293.200	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 73128783	0	LUDWING FABIAN LANDINEZ NAVARRO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
13-1	CRA 17 N 34 210 BARRIO PASEO BOLIVAR		6919378		fabian.landinez@hotmail.com		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-08	2020-08	18667424	I	2020-08-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	293.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	18667424	2020-09-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.009.867	1.009.867	1.009.867	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	161.600	0	0	0	161.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	161.600	0	0	0	161.600
EPS(Administradoras: 1)				1	126.300	0	0	0	126.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	126.300	0	0	0	126.300
ARP(Administradoras: 1)				1	5.300	0	0	0	5.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	5.300	0	0	0	5.300
Gran Total					293.200	0	0	0	293.200