SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CÓRDOBA**
**CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - SE**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 23 |
| Código Centro | 911519 |
| Fecha Elaboración | Agosto de 2020 |
| Versión | AGOSTO 2020 - 5.20 |
| ID de Proceso | 62736-653622 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista: | ELKIN EDUARDO BAENA VEGA / ebaenav@sena.edu.co | C.C. | 78.761.283 | IP/N° de contacto | 1 |
| 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: | DAVIVIENDA | Tipo de cta | AHORROS | N° Cuenta | 550156000757690 | | |
| 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: | | | | | |
| 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: | 1341031/2020 | | N° Compromiso SIIF | 17020 | |
| Valor Total del Contrato | $ 34.329.162 | N ° Pago | Periodo objeto de pago | | Valor Bruto Pago |
| Saldo Anterior del Contrato | $ 15.911.294 | 7 | Del 01/08/2020 | Al 31/08/2020 | $ 3.269.444,00 |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 12.641.850 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.269.444 | | 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 | $ 3.269.444 | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 2.172.483 | | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS | ——— | 4350270890 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | $ 1.307.778 | $ 1.307.778 |
| Aporte obligatorio a segundad social salud | $ 163.500 | $ 163.500 |
| Aporte obligatorio a segundad social Pensión | $ 209.300 | $ 209.300 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 13.700 | $ 13.700 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| 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 | $ 724.161 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.172.483,00 | |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.896.644,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 5.793,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| VALOR A PAGAR | $ 3.263.651,00 | |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en los niveles titulados y complementarios de aprendices en el área asignada dentro del programa de oferta regular,en las competencias, resultados de aprendizaje y actividades de los proyectos de formacion programados.
Ejecutar la formación profesional integral para el desarrollo de los programas en todo el departamento de Córdoba.
Establecer la ruta de aprendizaje en Sofia Plus de acuerdo a la programación e intensidad horaria establecida en el contrato
Planear y ejecutar las actividades relacionadas en la guía de aprendizaje.
Cumplir con los productos asociados al proyecto en actividades de formador del programa de formación.
Gestionar y propiciar recursos en las comunidades objeto de la formación.
Desarrollar las horas de formación que requiera la implementación del programa.
Entregar los reportes mensuales estadísticos y registros inherentes al proceso formativo.

**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.

E/Kul Baena V

**ELKIN EDUARDO BAENA VEGA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**CESAR AUGUSTO ROBLES CONTRERAS**
**INSTRUCTOR**

**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**

**EDUIN JOSE NEGRETE RUIZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) C82**

Escaneado con CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 78761283 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELKIN EDUARDO BAENA VEGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 13 N 63 - 60 | TELÉFONO: | 7854461 |
| 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: | **4350270890** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: julio | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2020 | SALUD: | AÑO: 2020 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/08/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9991459695 | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 209.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 209.300** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 163.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 163.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 13.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 13.700** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 386.500** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 78761283 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELKIN EDUARDO BAENA VEGA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 13 N 63 - 60 | TELÉFONO: | 7854461 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4350270890** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/08/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991459695 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 209.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 209.300 | $ 0 | $ 209.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 209.300** | **$ 0** | **$ 209.300** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 163.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 163.500 | $ 0 | $ 0 | $ 163.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 163.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 163.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 13.700 | $ 13.700 | $ 0 | $ 0 | $ 13.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 13.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 13.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 78761283 | BAENA VEGA ELKIN EDUARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.307.700 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.307.700 | $ 209.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 209.300 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.307.700 | $ 163.500 | $ 0 | $ 163.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.307.700 | 78761283 | $ 13.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 386.500** |