FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y AVIACIÓN

Código Regional	8
Código Centro	9208
Fecha elaboración	marzo
Versión	2,19 feb-19

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	DAHGNA JIMENEZ LUNA dajilu1027@hotmail.com	C.C.	32.714.777	IP/Nº de contacto	3116565588
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	27370057047
Sus ingresos en el 2018 fueron iguales o superiores a $46'418.000	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113´091.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1346154 — Nº Compromiso SIIF: 76920

Valor Total del Contrato	$ 33.475.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago					Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.900.000	2	Del	01/03/2020	Al	31/03/2020		$ 3.090.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.810.000		Comisiones				$ 0	
Deducción màxima por salud	154.500		Base retfte (80%)			$ 2.472.000,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.090.000
Ingresos por comisiones	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.090.000**
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.053.275**

Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS: febrero — 4327249957

		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	APORTES DEL MES ANTERIOR
Ingreso Base de Cotización IBC	marzo	$ 1.236.000	$ 1.030.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 154.500	$ 128.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 197.800	$ 164.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 6.500	$ 5.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -	
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.427.000	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.096.640	$ -	
Salud hasta	$ 548.320	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.224.800	$ 684.425	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.053.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.737.700,00	
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	27.964,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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 (Si tiene)	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.062.036,00**	

SON: TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1-CONTESTAR LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS , SOLICITUDES PRESENTADA AL CENTRO.
2-ASESORÍAS JURÍDICA
3-ACCIONES JURÍDICA QUE SE PRESENTAN, DARLE RESPUESTA.
4-PARTICIPAR DE COMITé EXTRAORDINARIO.

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.

DAHGNA JIMENEZ LUNA
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,

CARLOS ALVEIRO GIRALDO CEBALLOS
COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO

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 GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SUBDIRECTOR(A) DEL CENTRO INDUSTRIAL Y AVIACIÓN

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barranquilla, Marzo de 2020

Señor (a)
CARLOS ALVEIRO GIRALDO CEBALLOS
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **1346154**
Coordinador grupo de apoyo administrativo intercentros
Grupo De Apoyo Administrativo Intercentro
Barranquilla

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Marzo del 2020

Referencia: No 1346154 del año 2020

DAHGNA JIMENEZ LUNA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 32.714.777 de Barranquilla, en mi calidad de Contratista del SENA, en Grupo De Apoyo Administrativo Intercentro, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo TREINTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL M.CTE. ($ 33.475.000). Esta suma, que no incluye IVA y CUATRO POR MIL, será pagada por EL SENA al CONTRATISTA de la siguiente manera: b). un pago correspondiente al mes de Marzo de 2020 por valor de (3.090.000). Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros No. 027370057047 Davivienda, cuyo titular es el Contratista.

Plazo: Será hasta el 30 de Diciembre de 2020.

OBJETO:
Prestar los servicios profesionales para la gestión y evaluación de los procesos de adquisición de bienes y servicios y asesoría juridica en la proyección de requerimientos del centro industrial y de aviación.

CLAUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	prestar los servicios profesionales para la gestion y evaluacion de los procesos de adquisición de bienes y servicios	1-Contestar las peticiones, quejas, reclamos , solicitudes presentada al centro. 2-	registro físico de las acciones presentada.

	y asesoría jurídica en la proyección de requerimientos del centro Industrial y de aviación	Asesorías Jurídica 3- acciones jurídica que se presentan, darle respuesta. 4-participar de comité extraordinario.	

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe **(formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (4327249957) expedido por Bancacoomeva correspondiente al mes de Febrero del año 2020.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

DAHGNA JIMENEZ LUNA
Contratista
C.C. No. 32.714.777

Recibí a satisfacción:

CARLOS ALVEIRO GIRALDO CEBALLOS
Supervisor(a) Contrato 1346154 de 2020

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32714777
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAHGNA JIMENEZ LUNA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
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:	**4327249957**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999265940

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 195.900
SUBTOTAL:			1	**$ 195.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 153.100
SUBTOTAL:			1	**$ 153.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 6.400
SUBTOTAL:			1	**$ 6.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 355.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32714777
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DAHONA JIMENEZ LUNA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA
DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333
TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	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

NUMERO PLANILLA:	4327240957
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2020
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2020
DIAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/05
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	8959265940

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 195.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.900	$ 0	$ 195.900
SUBTOTALES:										$ 195.900	$ 0	$ 195.900

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002 SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 153.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.100	$ 0	$ 0	$ 153.100
SUBTOTALES:													$ 153.100	$ 0	$ 0	$ 153.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IHP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IHP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.400	$ 6.400	$ 0	$ 0	$ 6.400
SUBTOTALES:									$ 6.400	$ 0	$ 0	$ 6.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COLOMBIANO EXT.	EXT. NO OBLIG.	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES (ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, COR, VSP, VST, SLN, LGE, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP)
	CC 32714777	JIMENEZ LUNA DAHONA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.224.052				NO	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.224.052	$ 195.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 195.900

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	V. UPC	TOTAL APORTE
EPS002- SALUD TOTAL	30	$ 1.224.052	$ 153.100	$ 0	$ 153.100

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.224.052	32714777	$ 6.400

PARAFISCALES

DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 355.400

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8641b0f275 No: 412307

Cajero: KAPOPE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 05/03/2020 08:39:11

PS Recaudador:
997113 VILLA ESTADIO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 32714777

Nombre:	PAOLA
Apellido 1:	JIMENEZ
Apellido 2:	HAR
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	0000000
Codigo Planilla.	432739557
Periodo Pago:	2020/02
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
32714777	$355,400.00

Valor recibido: $355,400.00
Forma de pago: EFECTIVO

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 mi 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