

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO		Código Regional	8
			Código Centro	101008
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	54313-308981	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MAYELIN HERNANDEZ CASTILLO		C.C.
Correo electrónico contratista:		mahernandezc@sena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Es declarante de renta?
				NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
				NO
Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
				76764059766
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:	1355397/2020	N° Compromiso SIIF	9720	
Valor Total del Contrato	\$ 44.789.333	N° Pago	4	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 33.280.000	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020 Al 30/09/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 29.120.000	Comisiones	\$ 0,00	
Valor Bruto Pago \$ 4.160.000,00				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.160.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.160.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.764.275			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.764.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	9410045522		Valor Base retención en la fuente ICA	3.685.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.664.000	\$ 1.664.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 208.000	\$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 266.300	\$ 266.300	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.700	\$ 8.700	Reteica - 8299	36.857,00 1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 921.425	VALOR A PAGAR	\$ 4.123.143,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Elaborara planes de negocio para Fondo Emprender Elaborar planes de negocio para otras fuentes de financiación Orientación a emprendedores Realizar entrenamientos de ideación y validación a emprendedores en la formulación de sus planes Participar en eventos de divulgación y sensibilización para el fomento de la cultura del emprendimiento Asesorar a los Clientes del Centro de Desarrollo Empresarial SENA que lo requieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial de Apoyar los procesos administrativos del centro y la regional relacionados con las evidencias de sus servicios prestados, inherentes a				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			MAYELIN HERNANDEZ CASTILLO EL CONTRATISTA	
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.				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			ROBERT ANDRES LLINAS LASTRA PROFESIONAL G10	
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				
JACQUELINE ROJAS SOLANO DIRECTORA REGIONAL				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 32767770		HERNANDEZ CASTILLO MAYELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 134 # 9-112	BARRANQUILLA- ATLANTICO	3041745

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo Pensión	2020-08	Periodo Salud	2020-08
Fecha límite de pago	2020/09/16	Fecha de pago	2020/09/10
Días de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES

Valor a pagar	\$487,600
Intereses de mora	\$0
Saldos e incapacidades	\$0
Valor total	\$487,600

DATOS DE LA TRANSACCIÓN

Clave planilla	9410045522
Clave de pago	738688129
Banco	BANCOLOMBIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32767770		HERNANDEZ CASTILLO MAYELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 134 # 9-112	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3041745	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	738688129	9410045522	I	2020/09/16	2020/09/10	BANCOLOMBIA	0	\$487,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800		\$0	\$0
1	CC 32767770	HERNANDEZ MAYELIN	25-14	30	\$1,680,000	\$268,800	EPS010	30	\$1,680,000	\$210,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,680,000	\$8,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$0	\$0			\$1,680,000	\$8,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32767770		HERNANDEZ CASTILLO MAYELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CI 134 # 9-112	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3041745	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	738688129	9410045522	I	2020/09/16	2020/09/10	BANCOLOMBIA	0	\$487,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$268,800	\$0	\$0	\$268,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$268,800	\$0	\$0	\$268,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,800	\$0	\$0	\$8,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,800	\$0	\$0	\$8,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$210,000	\$0	\$0	\$210,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$210,000	\$0	\$0	\$210,000	
TOTAL				1	\$487,600	\$0	\$0	\$487,600	