SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	23
Código Centro	911510
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	51872-164602

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	LUIS ALBERTO CONTRERAS PADILLA lacontrerasp@sena.edu.co	C.C.	92.640.611	IP/Nº de contacto	44351
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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 ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	463030188691
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	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1335926/2020		Nº Compromiso SIIF	19820	
Valor Total del Contrato	$ 34.153.550	N ° Pago 2	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.069.411		Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.252.719,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.816.692		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.252.719	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	**$ 3.252.719**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.729.091**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	———	**4325367022**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.301.088	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.700	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.200	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.600	$ 9.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ 7.128.000	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ 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 A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ 159.200	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ -367.999	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.729.091,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.881.819,00	
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	5.764,00	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	**$ 3.246.955,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación integral presencial a los aprendices en el área asignada dentro del programa de atención población victimas
Establecer la ruta de aprendizaje en Sofia Plus de acuerdo a la programación e intensidad horaria que conoce con la suscripción
Asociar aprendices victimas del desplazamiento en el aplicativo Sofia Plus, dentro de los términos establecidos para ello.
Planear y ejecutar las actividades relacionadas en la guía de aprendizaje para la poblacion victima del conflicto.
Cumplir con los productos asociados al proyecto en actividades de formador del programa de formación.
Apoyar la gestión del programa de formación para el posicionamiento Regional de acuerdo con los lineamientos, cobertura y productos
Participar activamente en el cumplimiento de las metas de formación de acuerdo con los lineamientos, cobertura y productos indicados
Generar y ejecutar una estrategia que permita la permanencia de los aprendices del programa victima durante el tiempo total del curso.
Realizar el seguimiento de cada aprendiz victima mediante la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje
Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar los informes mensuales de la ejecución
Gestionar y propiciar recursos en las comunidades victimas del desplazamiento objeto de la formación.
Se entregara mensualmente los informes al supervisor del contrato donde se presenten de una forma escrita los avances
todo lo anterior en arar de antender de la mejor manera a la poblacion victima

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.

LUIS ALBERTO CONTRERAS PADILLA
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,

IVAN DARIO GUZMAN SANCHEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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 NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			LUIS CONTRERAS PADILLA
CIUDAD/MUNICIPIO	SINCELEJO	DEPARTAMENTO	SUCRE
DIRECCIÓN	SINCELEJO	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible] 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	4325367022	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES febrero AÑO 2020
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	20200212	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

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
230201	230201 PORVENIR	1	$ 237.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.700	$ 0	$ 237.700
SUBTOTALES										$ 237.700	$ 0	$ 237.700

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
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 132.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.300	$ 0	$ 0	$ 132.300
SUBTOTALES													$ 132.300	$ 0	$ 0	$ 132.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP			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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.600	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600
SUBTOTALES									$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 13.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EXTERIOR	SALARIO INTEGRAL	RESIDENTE / REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC [illegible]	CONTRERAS PADILLA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.386.000				NO	[illegible]														

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201 PORVENIR	30	$ 1.386.000	$ 237.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.700

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V UPC	TOTAL APORTE
CCFC55 CAJACOPI ATLANTICO	30	$ 1.386.000	$ 132.300	$ 0	$ 132.300

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.386.000	[illegible]	$ 13.600

PARAFISCALES

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

TOTAL	$ 383.600

Planilla Pagada

Bancoomeva

Registro Transacciones Caja

No.TRN 152 RECAUDOS SOI-EN LINEA
OFICINA 3101 Sincelejo
CAJERO LCNF1154
FECHA 2020/02/19 HORA 14:50:08
NOMBRE APORTANTE LUIS CONTRERAS
CEDULA /NIT 92640611

EFECTIVO 383,600.00
TOTAL 383,600.00
PLANILLA 4325367022
Periodo de pago: Año 2020 - Mes 2

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA INFORMACION
IMPRESA ES CORRECTA

NIT. 900.406.150-5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cliente

Impreso por Imagenes Graficas S.A NIT. 805.015.487-1

SF-FT-511/V4(Anverso)