

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	912410
	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO		Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	10060-527899
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JHON HERMOGENES GALINDEZ CARVAJAL				
Correo electrónico contratista: jhoga@misena.edu.co				
C.C. 1.115.067.108				
IP/N° de contacto 3168234215				
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 ? ☐ SI				
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 1407371115				
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: 1411952/2020		N° Compromiso SIIF 23920		
Valor Total del Contrato \$ 36.013.333	N° Pago 9	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.700.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.743.333	Del 01/10/2020	Al 31/10/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 6.043.333	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.700.000	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 \$ 3.700.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.142.300				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente 2.142.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	1032516525	1032516525	Valor Base retención en la fuente ICA 3.278.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 1.480.000	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	Valor base IVA 0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.000	\$ 185.000	\$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 236.800	\$ 236.800	\$ 236.800	Menos Retención en la Fuente 0,00	15%
ARL III \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 36.100	\$ 36.100	\$ 36.100	Reteica - 8299 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA 18.500,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ 236.800	\$ 236.800	\$ 236.800	Universidad del Pacífico 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.681.500,00
Salud hasta \$ 569.712 \$ 185.000	\$ 185.000	\$ 185.000		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 714.100	\$ 714.100	\$ 714.100		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ver informe mensual de Octubre				
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.			JHON HERMOGENES GALINDEZ CARVAJAL EL CONTRATISTA	
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.			MIGDONIO DEDIEGO JARAMILLO 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				
CESAR AUGUSTO VICTORIA CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02				



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-13, 10:46:46 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1032516525

Periodo Cotización:

septiembre de 2020

Periodo Servicio:

septiembre de 2020

Referencia pago (PIN):

8806144300

PAGADO 13/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHON HERMOGENES GALINDEZ CARVAJAL			Dirección	CL 6 #5 E - 08
Documento	CC1115067108			Teléfono	3168264215
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	BUGA			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NO	RET	RET P	TAE	TAE P	TAE P	COE	VET	SLN	SLN	SLN	SLN	SLN	SLN	SLN	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1115067108	JHON HERMOGENES GALINDEZ CARVAJAL	59	00																(230301) PORVENIR	\$ 1.480.000	\$ 236.800	(EPS044) MEDIMAS EPS	\$ 1.480.000	\$ 185.000	2,436	\$ 1.480.000	\$ 36.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 457.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	\$ 0	\$ 236.800	\$ 185.000	\$ 36.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 457.900	\$ 0	\$ 457.900