

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL META CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META		Código Regional	50
			Código Centro	953210
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	10025-351116
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		RAUL ANDRES ESPINEL CARDONA respinel@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				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		SI		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
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:	1361445/2020	N° Compromiso SIIF	62620	
Valor Total del Contrato	\$ 9.442.893	N° Pago	2	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.751.951	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020	\$ 3.454.717,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.297.234	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.454.717	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	\$ 3.454.717	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.836.430			
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	1.836.430,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.381.887	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	3.060.717,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 172.800	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 221.200	\$ 140.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 7.300	\$ 4.600	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	12.243,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ 221.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 345.472	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ 172.800	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 580.311	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.442.474,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ejecución de la formación en la ficha: Ficha 1852174 Software Grado 11 Institución educativa Jorge Eliecer Gaitán – Villavicencio Ejecución de la formación en la ficha: Ficha 1852179 Sistemas Grado 11 Institución educativa Juan Roza – Acacias Ejecución de la formación en la ficha: Ficha 1851596 Programación de software Grado 11 Institución educativa Santa Teresa Pachaquiari Ejecución de la formación en la ficha: Ficha 1852197 Sistemas Grado 11 Institución educativa Abraham Lincoln – Villavicencio Ejecución de la formación en la ficha: Ficha 2060584 Sistemas Grado 10 Institución educativa Catumare – Villavicencio				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			RAUL ANDRES ESPINEL CARDONA 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 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.			JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES	
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				
BERTHA LUCIA RAMÍREZ PARRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2



* 0 1 B 1 4 0 6 9 7 4 5 *



* 0 1 0 8 0 1 4 9 0 5 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☐	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Colectiva ☐	C. Institucional ☐	D. De oficio ☐
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO	
CO Cotizante ☒	CF Cabeza de Familia ☐	BE Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	D. Independiente por prestación de servicio ☐	
FECHA DE LA SOLICITUD		DÍA MES AÑO			

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	R.C.	T.I.	C.C.	E.P.A.	C.D.	S.C.
Espinel	Condona	Raquel	Andrés	X					
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.		86077455		F X		09 07 83			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Condición	T	P				
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO	
				calle H Torne 31 apto 202		Bogotá		Cofre	
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		ZONA		TELÉFONO FIJO		CÓDIGO IPS	
Medellín		Antioquia		U. R.					
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS					
3103100978		10023espinel@gmail.com							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		22. SEXO		23. FECHA NACIMIENTO		CÓDIGO IPS	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	T.I.	C.C.	E.P.A.	C.D.	P.E.	F	M	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS		25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		26. NÚMERO DE IDENTIDAD		27. SEXO		28. FECHA DE NACIMIENTO		29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD	
		C.N. R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.				F M		DÍA MES AÑO						Tipo Condición	
1		C.N. R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.												F. N. M. T. P.	
2		C.N. R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.												F. N. M. T. P.	
3		C.N. R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.												F. N. M. T. P.	
4		C.N. R.C. T.I. C.C. E.P.A. C.D. S.C.												F. N. M. T. P.	

32. DATOS DE RESIDENCIA		33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre y código de la IPS		EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN		SERVICIO AJALADO POR SNS		NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL	
Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil			COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR				I. II.			
1		R. U.										I. II.			
2		R. U.										I. II.			
3		R. U.										I. II.			
4		R. U.										I. II.			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social		36. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
		C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.					
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL		CARGO		SALARIO		CORREO ELECTRÓNICO	
01 / 10 / 2020		Independiente		877.803			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		A) MISMO RÉGIMEN	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS				15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
Código				16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS				17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR		44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F M	FECHA NACIMIENTO	DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR		44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO		45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES			
DÍA MES AÑO		Código		COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AJALADO POR SNS					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN RC TI CC PA CE CD SC PE	Cantidad:	Total: