SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**47718-536719**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: NATALIA CAROLINA ESCOBAR MENDEZ
Correo electrónico contratista: nescobarm@sena.edu.co
C.C. 1.110.174.965 **IP/Nº de contacto** 3166911214

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 **Nº Cuenta** 43585843769

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: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

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: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1339363/2020 **Nº Compromiso SIIF** 7720

Valor Total del Contrato	$ 38.809.232	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.846.884	**4**	**Del**	**01/05/2020**	**Al** **31/05/2020**	**$ 3.780.120,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.066.764		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.780.120		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	**$ 3.780.120**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.659.215**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9405749382**	Valor Base retención en la fuente	2.659.215,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.512.048	$ 1.512.048	Valor Base retención en la fuente ICA	3.545.620,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.100	$ 189.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 45.400	$ 45.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.800	$ 15.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	24.819,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 886.405		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.755.301,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de mayo se desarrollaron las siguientes actividades:
Impartí la acción de formación en Higiene y Manipulación con código de ficha 2122471 a través de WhatsApp y correo electrónico mediante presentaciones, estudios de caso, talleres y foros en las sesiones de formación.
Realice la capacitación virtual "Transversalización del enfoque psicosocial y acción sin daño MUNAY" de la unidad para las víctimas.
Realice acompañamiento metodológico a los instructores vinculados al programa Atención a víctimas en situación de desplazamiento según orientación de la Coordinación Académica en atención a las necesidades y metas establecidas desarrollando la revisión del estado de los aprendices en el aplicativo VIVANTO inscritos, revisión de los juicios de evaluación y espacio Drive del programa Atención a víctimas en situación de desplazamiento.

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.

NATALIA CAROLINA ESCOBAR MENDEZ
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,

NORMA GUADALUPE MARTINEZ SANDOVAL
INSTRUCTOR

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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110174965		ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 61 #19-13 Torre 2 Apto 701	IBAGUE-TOLIMA	2723765	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	628613638	9405749382	I	2020/05/18	2020/05/18	BANCOLOMBIA	0	$250,400

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)					$1,513,000	$45,400			$1,513,000	$189,200			$0	$0			$1,513,000	$15,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,513,000	$45,400			$1,513,000	$189,200			$0	$0			$1,513,000	$15,800		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,513,000	$45,400			$1,513,000	$189,200			$0	$0			$1,513,000	$15,800		$0	$0
1	CC	1110174965 ESCOBAR NATALIA	230201	30	$1,513,000	$45,400	EPS005	30	$1,513,000	$189,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,513,000	$15,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,513,000	$45,400			$1,513,000	$189,200			$0	$0			$1,513,000	$15,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110174965		ESCOBAR MENDEZ NATALIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 61 #19-13 Torre 2 Apto 701	IBAGUE-TOLIMA	2723765	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	628613638	9405749382	I	2020/05/18	2020/05/18	BANCOLOMBIA	0	$250,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,400	$0	$0	$45,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$45,400	$0	$0	$45,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,800	$0	$0	$15,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,800	$0	$0	$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,200	$0	$0	$189,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$189,200	$0	$0	$189,200
TOTAL				**1**	**$250,400**	**$0**	**$0**	**$250,400**