SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**29198-952875**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARMEN LILIANA BAUTISTA LASPRILLA
Correo electrónico contratista: cbautistal@sena.edu.co
C.C. 37.896.930 **IP/Nº de contacto** 3043629863

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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 311272173

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

Nº del contrato: 1329835/2020 **Nº Compromiso SIIF** **7020**

Valor Total del Contrato	$ 37.648.823	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.370.450	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.580.300		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150		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	**$ 3.790.150**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.463**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9409774113**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
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	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 839.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.518.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
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	0,00	0,600%
-	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	**$ 3.790.150,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha:1852579*Prog: Tco en Asist.Admtiva.*AA: Aplicar las normas y técnicas de archivo legales.*Comp: Organizar la documentación
*Fechas: Septiembre 4,11,18,15 de 2020 *Horario: 14:00 - 19:00 *Total horas: 20 horas.
Ficha:1859245-1859274-1869769 *Prog:Tco en Asist.Admtiva.*AA:Operar los recursos técnicos y tecnológ *Comp:Organizar la documentación
*Fechas:Sept: 1-3-8-10-15*Horario:6:30-11:30 y 13:30-18:30 *Tot.horas:25h y 25h y Sept:2-7-9-14-16 *Hor:13:30-18:30*Total:25 horas.
Ficha:1859245-1859274-1869769 *Prog:Tco en Asist.Admtiva.*AA:Aplicar las normas y técnicas de archivo *Comp:Organizar la documentación
*Fechas:Sept:17-22-24-29 *Horario:6:30-11:30 y 13:30-18:30 *Tot.horas:20h y 20h y Sept:21-23-28-30 *Hor:13:30-18:30*Total:20 horas.
*Ficha 1859245 *Prog:Tco en Asist.Admtiva.*AA: Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo
*Competencia:Resultados aprendiz.etapa practica *Fecha: Septiembre 9 - 16 *Horario: 07:00–12:00 *Total: 10horas

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.

CARMEN LILIANA BAUTISTA LASPRILLA
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,

KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO
INSTRUCTOR G11

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

NELLY QUIROGA SARMIENTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37896930		BAUTISTA LASPRILLA CARMEN LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 16 No. 9-32 apt 601	SAN GIL-SANTANDER	7245573	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	1000000584	9409774113	I	2020/09/08	2020/09/16	BANCO BOGOTA	8	$449,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$15,900		$0	$0		$449,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$15,900		$0	$0		$449,100
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$15,900		$0	$0		$449,100
1	CC	37896930	BAUTISTA CARMEN																	230301	30	$1,520,000	$243,200	EPS044	30	$1,520,000	$190,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,520,000	$15,900	0	$0	$0	No	$449,100
Total		**Afiliados(1)**																				$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000	$15,900		$0	$0		$449,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37896930		BAUTISTA LASPRILLA CARMEN LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 16 No. 9-32 apt 601	SAN GIL-SANTANDER	7245573	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	1000000584	9409774113	I	2020/09/08	2020/09/16	BANCO BOGOTA	8	$449,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,200	$0	$0	$243,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$243,200	$0	$0	$243,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$0	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$0	$0	$190,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$190,000	$0	$0	$190,000
TOTAL				**1**	**$449,100**	**$0**	**$0**	**$449,100**