

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CESAR CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR		Código Regional	20
			Código Centro	952010
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	83012-717224

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ALEJANDRA HERRAN SALAS		C.C. 1.065.876.350	IP/N° de contacto 3182860868	
Correo electrónico contratista: aherran05@misena.edu.co				
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 BBVA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 808000200097117		
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: 1337218/2020	N° Compromiso SIIF 6920			
Valor Total del Contrato \$ 36.770.085	N° Pago 9	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.714.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 7.428.300	Del 01/10/2020	Al 31/10/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.714.150	Comisiones \$ 0,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.714.150	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 \$ 3.714.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.922.126				

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 1.922.126,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.485.660	7767796187	7767796187	Valor Base retención en la fuente ICA 3.290.550,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 185.800	\$ 185.800	\$ 185.800	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 237.800	\$ 237.800	\$ 237.800	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 \$ 15.600	\$ 15.600	\$ 15.600	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 200.000	\$ -	\$ -	Reteica 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Pro-Universidad 18.571,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 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	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 371.415	\$ 371.415	\$ 371.415	VALOR A PAGAR \$ 3.695.579,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ 156.300	\$ 156.300	\$ 156.300		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 640.709	\$ 640.709	\$ 640.709		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Impartir formación profesional integral en las fichas 2062850, 2062922, 2063596. Teniendo en cuenta la competencia: Aplicar procesos de higienización para el procesamiento de alimentos según programa establecido y normatividad vigente y Almacenar productos alimenticios según naturaleza del producto y técnicas de almacenamiento Actualizar el portafolio, planes de trabajo de los programas de formación Presentar el Informe mensual de actividades, planilla de pago, autoliquidación de seguridad social, y demás anexos Realizar llamadas a los aprendices que se ausentan de la formación. Utilizar la plataforma territorium aprovechando el beneficio otorgado a los aprendices SENA. Mantener contacto estrecho con los aprendices durante los días de formación y animarles a continuar en el proceso Presentar novedades pertinentes a cada ficha en la que se imparte formación	

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.	ALEJANDRA HERRAN SALAS 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 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.	Autorizo el presente pago. El Supervisor, JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA INSTRUCTOR G08

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

ALVARO ENRIQUE RESTREPO DOMINGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1065876350
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALEJANDRA HERRAN SALAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALLE 3 36-06	TELÉFONO: 5651002
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7767796187	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 776848340

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 237.800
SUBTOTAL:			1	\$ 237.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 185.800
SUBTOTAL:			1	\$ 185.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 15.600
SUBTOTAL:			1	\$ 15.600

TOTAL PAGADO:	\$ 439.200
----------------------	-------------------