

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAUCA		Código Regional	19
			Código Centro	930710
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA			ID de Proceso	81371-100612
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ANDRES FERNANDO POLINDARA TRUJILLO Correo electrónico contratista: apolindara@sena.edu.co		C.C. 1.061.689.723	IP/N° de contacto 1921680101	
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: DAVIVIENDA ☐ Tipo de cta: AHORROS ☐ N° Cuenta: 196070369984				
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: 1378707/2020		N° Compromiso SIIF 20420		
Valor Total del Contrato \$ 37.863.333	N ° Pago 9	Periodo objeto de pago Del 01/10/2020 Al 31/10/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.700.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.496.666				
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.796.666		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.700.000 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.700.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.458.650	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo 0,00% Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
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 2.458.650,00 Valor Base retención en la fuente ICA 3.278.200,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 300 6.556,00 0,200% 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 \$ 3.693.444,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.480.000	4354057660	4354057660		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 185.000	\$ 185.000	\$ 185.000		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 236.800	\$ 236.800	\$ 236.800		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0		
ARL \$ 7.800	\$ 7.800	\$ 7.800		
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 \$ 819.550	\$ 819.550	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar procesos de formación en el Municipio Santander, en la ficha n° 2025976, Competencia: 240202501, 15 HORAS Resultado de aprendizaje: DESCRIBIR A NIVEL BÁSICO, DE FORMA ORAL Y ESCRITA EN INGLÉS, Desde el 4 de Octubre. Según Reporte Sofia. Orientar procesos de formación en el Municipio de Popayán en la ficha n° 1996403, Competencia: 24020150206, 30 HORAS Resultado de Encontrar y utilizar sin esfuerzo vocabulario y expresiones de inglés.Desde el 2 de Octubre. Según Reporte Sofia Obligaciones: Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo sofiaplus. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en la base de datos del FOSYGA Entregar informes académicos que contengan: juicios evaluativos, novedades de los aprendices Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje Descargar el aplicativo Sofiaplus las horas reportadas mensualmente				
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.			ANDRES FERNANDO POLINDARA TRUJILLO 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,	
			HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR 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				
FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800
SUBTOTALES:										\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 185.000		\$ 0		\$ 0	\$ 185.000	\$ 0	\$ 185.000
SUBTOTALES:												\$ 185.000	\$ 0	\$ 0		\$ 185.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 7.800	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800
SUBTOTALES:									\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES											
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURO SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT
1	CC 1061689723	POLINDARA TRUJILLO ANDRES FERNANDO	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.480.000				NO																		230301- PORVENIR	30	\$ 1.480.000	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 236.800	EPS005- SANITAS S.A.	30	\$ 1.480.000	\$ 185.000	\$ 0	\$ 185.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.480.000	\$ 106168972	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 429.600
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8931914109

DU: 934399

Cajero:

CLPASUR

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/10/2020 14:26:38

PS Recaudador:
061011 CARULLA EL RECUERDO ::

Cantidad cupones: 1

Identificación: 1061689723

Nombre: ANDRES FERNANDO

Apellido 1: POLINDARA

Apellido 2: TROJILLO

TYPE DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

CELEFONO: 3146978104

Código Planilla: 4354057660

Período Pago: 2020/09

Valor Comision: 0

Valor Iva Comision: 0

Referencia: 1061689723

Valor recibido: \$429.600,00

Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el

cliente beneficiario

Conserve esta recibo, es el unico

soporte valido para atender cualquier

reclamacion

Con la suscripción y aceptación de mi

parte, de la prestación de este

servicio, entiendo que manifiesto

verbalmente mi autorización para el

tratamiento de los datos personales que

voluntariamente he entregado a Efectivo

Ltda. Estos datos pueden ser utilizados

única y exclusivamente para la

prestación del servicio convenido

línea de servicio al cliente: (1)

651010

servicioalcliente@efecty.com.co

www.efecty.com.co