SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO PARA EL DESARROLL

Código Regional	**8**
Código Centro	**910310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**92068-149297**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: YURLEIDIS PAOLA SERRANO POSSO
Correo electrónico contratista: yserranop@sena.edu.co
C.C. 1.051.822.613 **IP/Nº de contacto** 13200

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: **Tipo de cta** **Nº Cuenta**

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: 1350989/2020 **Nº Compromiso SIIF** **27520**

Valor Total del Contrato	$ 34.409.133	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.826.466	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al** **30/11/2020**	**$ 3.298.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.528.466		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.298.000		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	**$ 3.298.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.753.200**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7769798888**	Valor Base retención en la fuente	1.753.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.319.200	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.922.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.900	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.100	$ 0	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 I	$ 6.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ 204.000		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
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	$ 329.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 160.000				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 557.050		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.298.000,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SENSIBILIZACIÓN PN25 NORMA 290801106
INICIO RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS LAVIANDA NORMA 290801106
INICIO DE EJECUCIÓN P2743 Y P2743 NORMA 290801106 Y 290801022 EMPRESA DESHUESE-CAMAGUEY
AUDITORIA PROYECTO P2473
EJECUCIÓN P2741

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.

YURLEIDIS PAOLA SERRANO POSSO
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,

LIONEL JESUS CORREA CARRASCAL
PROFESIONAL G03

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

CARMEN SOFIA DAZA BELTRAN
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1051822613
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		YURLEIDIS PAOLA SERRANO POSSO	SERRANO POSSO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 16 F N 45 F 26 SEVILLAR	TELÉFONO:	3641041
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7769798888**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/11/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			794698659

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	$ 211.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.100	$ 0	$ 211.100
SUBTOTALES:										**$ 211.100**	**$ 0**	**$ 211.100**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD							$ 0	$ 164.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164.900	$ 0	$ 0	$ 164.900
SUBTOTALES:													**$ 164.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 164.900**

ADMINISTRADORA		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		$ 0	$ 6.900	$ 6.900	$ 0	$ 0	$ 6.900
SUBTOTALES:					**$ 6.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.900**

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	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				
1	CC 1051822613	SERRANO POSSO YURLEIDIS PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$1.319.200				NO																				

SOCIAL																														
SALUD										ARP							PARAFISCALES													
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED	
													ADMIN	TOTAL APORT	TOTAL APORT		TOTAL APORT		TOTAL APORT		TOTAL APORT	
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.319.200	$ 164.900	$	$ 164.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.319.200	10518226	$ 6.900		$		$		$		$		$		$

TOTAL	**$ 382.900**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada