

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER DESPACHO DIRECCION		Código Regional	68
			Código Centro	101068
			Fecha Elaboración	20 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	35183-631792
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY Correo electrónico contratista: smvillamizar@sena.edu.co		C.C. 63.545.997	IP/N° de contacto 14954	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Tipo de cta AHORROS		
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: 1333516/2020		N° Compromiso SIIF 14820		
Valor Total del Contrato \$ 35.730.200	N° Pago 10	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.278.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 6.556.000		Del 01/11/2020	Al 30/11/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.278.000		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.278.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		2,13%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 81.051	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 3.278.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.556.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 81.051	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.809.250				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente 3.809.250,00	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	8346573440	Valor Base retención en la fuente ICA 2.904.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.311.200	\$ 1.311.200	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 163.900	\$ 163.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 209.800	\$ 209.800	Menos Retención en la Fuente 81.051,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	
ARL I	\$ 6.900	\$ 6.900	Reteica - BUCARAMANGA 0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - BUCARAMANGA 0,00	
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	\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 635.800		Otras Retenciones 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 467.500		Otras Retenciones 0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 19.600		Otras Retenciones 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 1.269.750		VALOR A PAGAR \$ 3.196.949,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
TALLERES RUTA DE LA EMPLEABILIDAD POSTULACION DE USUARIOS A VACANTES Y SOPORTE DE DOCUMENTACION ATENCION A EMPRESARIOS- PUBLICACION DE VACANTES Y CIERRE SEGUIMIENTO SOLICITUDES DE VACANTES VIDEOCONFERENCIAS SEGUIMIENTO TELETRABAJO ACOMPAÑAMIENTO AUDITORIA REALIZADA POR EL SERVICIO PUBLICO DE EMPLEO BARRANCABERMEJA 20 Y 21 DE NOVIEMBRE				
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.			SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY 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,	
			OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA PROFESIONAL G10	
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				
ORLANDO ARIZA ARIZA DIRECTOR REGIONAL				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63545997	SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY	AV QUEBRADA SECA 32D 47 APTO. 606	6450903	simavi2006@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	09/11/2020	46573440	\$1.122.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	467.500	0		0		0	0	0	0	467.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	598.400	0	0	18.700	18.700	0	0		635.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	19.600				19.600	0	0	19.600			196	19.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	467.500	467.500
Pensión	1	635.800	635.800
Riesgos Laborales	1	19.600	19.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.122.900	1.122.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63545997	SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY		AV QUEBRADA SECA 32D 47 APTO. 606	6450903	simavi2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	09/11/2020	46573440	\$1.122.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UNA	VAC	AVP	ACT	RL	CDRREG.COJA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotiz. de Riesgo	Cotización de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	63545997	VILLAMIZAR REY SILVIA MARGARITA	59	0			N																	231001	3.740.000	598.400	0	0	18.700	18.700	EPS016	3.740.000	467.500	14-11	3.740.000	1	19.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA