SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOLÍVAR
CENTRO PARA LA INDUSTRIA PETROQUIMICA-BOLIVAR -SERVICIOS PRESTAD

Código Regional	**13**
Código Centro	**921810**
Fecha Elaboración	**27 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**12623-622258**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LINA MARCELA DURANGO
Correo electrónico contratista: lacolina_1@hotmail.com
C.C. 45.557.179 **IP/Nº de contacto** 6415011

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: BANCO FALABELLA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 114030223103

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: 1988412/2020 **Nº Compromiso SIIF** **388520**

Valor Total del Contrato	$ 3.790.150	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.790.150	**1**	**Del**	**13/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 2.274.090,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.516.060		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.274.090		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	**$ 2.274.090**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.340.461**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

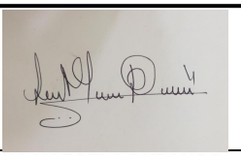
	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9412519577**	Valor Base retención en la fuente	1.340.461,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 909.636	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.014.690,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.600	$ 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	$ 4.800	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ -		-	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	$ 227.409		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 446.820		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.274.090,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar actividades de formacion para el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los aprendices
Diseñar y aplicar las acciones de formación, guias de aprendizaje, e instrumentos de evaluacion con tecnicasdidacticas activas.
Realizar el registro de las acciones formativas en sofia plus.
Aplicar el proceso de certificación de las normas de competencia " ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERD CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y DICTAR FORMACIÓN DISTRIBUIDO EN LAS SIGUIENTES FICHAS
FICHA 2243085 -CONCEPTUALIZACION PARA EL DISEÑO DE COLECCIONES EN CALZADO Y MARROQUINERIA-COMPETENCIA:Modelar calzado manualmen de acuerdo con especificaciones técnicas establecidas
FICHA 2243087 -CONCEPTUALIZACIÓN PARA EL DISEÑO DE COLECCIONES EN CALZADO Y MARROQUINERÍA-COMPETENCIA:Modelar calzado manualmen de acuerdo con especificaciones técnicas establecidas

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.



LINA MARCELA DURANGO
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,

MERLY NEIRA MENDEZ
TECNICO 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

ROBERTO PLATA CHACON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45557179		LINA MARCELA DURANGO	INDEPENDIENTE	Principal	Torices, Cra 14 #41-63 Apto 201	CARTAGENA-BOLIVAR	6415011	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	36335275	9412519577	I	2020/11/20	2020/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$41,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$146,301	$23,500			$146,301	$18,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$146,301	$23,500			$146,301	$18,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$146,301	$23,500			$146,301	$18,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	45557179	DURANGO LINA	230301	5	$146,301	$23,500	EPS005	5	$146,301	$18,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$146,301	$23,500			$146,301	$18,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45557179		LINA MARCELA DURANGO	INDEPENDIENTE	Principal	Torices, Cra 14 #41-63 Apto 201	CARTAGENA-BOLIVAR	6415011	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	36335275	9412519577	I	2020/11/20	2020/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$41,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,500	$0	$0	$23,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$23,500	$0	$0	$23,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
TOTAL				**1**	**$41,800**	**$0**	**$0**	**$41,800**