

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  |                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>76</b>                 |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Código Centro</b>     | <b>912410</b>             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Noviembre de 2020</b>  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>06819-520821</b>       |

  

|                                                                                                                                              |                                         |                                                                                               |                             |                                            |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                 |                                         |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b>                                                                                                      | LINA MARIA PARRA URREA                  | <b>C.C.</b>                                                                                   | 1.116.256.716               | <b>IP/N° de contacto</b>                   | 3167468828                  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b>                                                                                                       | lmparra@sena.edu.co                     |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Régimen del IVA:</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b>                                            | <input type="checkbox"/> NO | <b>Es declarante de renta?</b>             | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b>                                                                                        | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Inducción SST</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> | <input type="checkbox"/> SI |
| <b>Banco al cual consignar:</b>                                                                                                              | BANCOLOMBIA                             | <b>Tipo de cta</b>                                                                            | AHORROS                     | <b>N° Cuenta</b>                           | 76049384871                 |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b>                  | <input type="checkbox"/> NO             | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> | <input type="checkbox"/> NO |                                            |                             |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b>                                                              | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b>        | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> N/A            |                                                                                               |                             |                                            |                             |

  

|                                                    |               |                               |                |               |                         |
|----------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|---------------|-------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |               |                               |                |               |                         |
| <b>N° del contrato:</b>                            | 1423309/2020  | <b>N° Compromiso SIIF</b>     | 34420          |               |                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                    | \$ 33.300.000 | <b>N ° Pago</b>               | 9              |               |                         |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                 | \$ 4.070.000  | <b>Periodo objeto de pago</b> | Del 01/11/2020 | Al 30/11/2020 | <b>Valor Bruto Pago</b> |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                    | \$ 370.000    | <b>Comisiones</b>             | \$ 0,00        |               |                         |

  

|                                                             |                     |                                           |             |  |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|--|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                     |                                           |             |  |  |
| Ingresos por honorarios                                     | \$ 3.700.000        | 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        |  |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                           | <b>\$ 3.700.000</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |  |  |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                     | <b>\$ 2.458.650</b> |                                           |             |  |  |

  

|                                                                              |              |              |                                       |                        |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|--------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |              |              |                                       |                        |        |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | Noviembre    | Octubre      | Valor Base retención en la fuente     | 2.458.650,00           | TARIFA |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                      | \$ 1.480.000 | \$ 1.480.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.278.200,00           |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                  | \$ 185.000   | \$ 185.000   | Valor base IVA                        | 0,00                   |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                | \$ 236.800   | \$ 236.800   | 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                                                                       | \$ 15.500    | \$ 15.500    | Menos Retención IVA                   | 0,00                   | 15%    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                        | \$ -         |              | Reteica - 8299                        | 0,00                   | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                            | \$ -         |              | Pro-UCEVA                             | 18.500,00              | 0,500% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000              | \$ -         |              | Universidad del Pacífico              | 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                                              | \$ -         |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                  | <b>\$ 3.681.500,00</b> |        |
| Salud hasta \$ 569.712                                                       | \$ -         |              |                                       |                        |        |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                                | \$ 819.550   |              |                                       |                        |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                           | \$ -         |              |                                       |                        |        |

  

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

ver informe contractual mes de noviembre en el aplicativo sofia plus

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>LINA MARIA PARRA URREA EL CONTRATISTA</b> |
| 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. |                                              |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                | Autorizo el presente pago.              |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;                                                                                                                                                                                                                                        | El Supervisor,                          |
| 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. |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>LILIANA URRIBO FONTAL INSTRUCTOR</b> |

  

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**

**CESAR AUGUSTO VICTORIA CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                           |                                                  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                  |                           |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|----------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1116256716                                       | NÚMERO PLANILLA:               | 4360536007       | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES     |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | LINA MARIA PARRA URREA                           | PERÍODO COTIZACIÓN OTROS       | MES              | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: |                      |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | TULUA                | DEPARTAMENTO:             | VALLE                                            | DÍAS DE MORA:                  | octubre AÑO 2020 |                           | MES octubre AÑO 2020 |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 33A 45 31      | TELÉFONO:                 | 2259503                                          | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/11/17       | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9992706824           |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                  |                                |                  |                           |                      |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |                                |                  |                           |                      |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                           |                                                  |                                |                  |                           |                      |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                           | NO                                               |                                |                  |                           |                      |