

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		Código Regional	76
			Código Centro	912410
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	61868-204120

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIANA CAROLINA ECHEVERRY MUÑOZ dcecheverry@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		Pertenece al régimen simple de tributación?		Es declarante de renta?
NO RESPONSABLE		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		Inducción SST		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
NO		SI		SI
Banco al cual consignar:		Tipo de cta		N° Cuenta
BANCO CAJA SOCIAL		AHORROS		24082139470
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		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:	1429926/2020	N° Compromiso SIIF	38720	
Valor Total del Contrato	\$ 33.300.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 4.316.667	9	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 616.667		01/11/2020	30/11/2020
			Comisiones	\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.700.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.181.150	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	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 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
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL III	\$ 36.100	\$ 36.100	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Pro-UCEVA	18.500,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Universidad del Pacífico	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
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	\$ 370.000		VALOR A PAGAR	\$ 3.681.500,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 727.050			
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 del mes 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.		DIANA CAROLINA ECHEVERRY MUÑOZ 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, LILIANA URRIBO FONTAL INSTRUCTOR	
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		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115074689		ECHEVERRY MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 A#5 SUR-14 APTO 302	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2274079	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-10	2020-10	799783603	9412394298	I	2020/11/24	2020/11/17	BANCO DAVIVIENDA	\$457,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,480,000	\$236,800			\$1,480,000	\$185,000			\$0	\$0			\$1,480,000	\$36,100	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,480,000	\$236,800			\$1,480,000	\$185,000			\$0	\$0			\$1,480,000	\$36,100	\$0
Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA Depto: VALLE (1 Afiliados)					\$1,480,000	\$236,800			\$1,480,000	\$185,000			\$0	\$0			\$1,480,000	\$36,100	\$0
1	CC	1115074689	ECHEVERRY DIANA	230301	30	\$1,480,000	\$236,800	EPS037	30	\$1,480,000	\$185,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,480,000	\$36,100	0
Total Afiliados(1)					\$1,480,000	\$236,800			\$1,480,000	\$185,000			\$0	\$0			\$1,480,000	\$36,100	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115074689		ECHEVERRY MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 A#5 SUR-14 APTO 302	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2274079	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	799783603	9412394298	I	2020/11/24	2020/11/17	BANCO DAVIVIENDA	0	\$457,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,800	\$0	\$0	\$236,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$236,800	\$0	\$0	\$236,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,100	\$0	\$0	\$36,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$36,100	\$0	\$0	\$36,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,000	\$0	\$0	\$185,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$185,000	\$0	\$0	\$185,000	
TOTAL				1	\$457,900	\$0	\$0	\$457,900	