SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - EM

Código Regional	23
Código Centro	911510
Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	42003-924647

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BORIS ERNESTO SALAS DE LA ESPRIELLA	**C.C.**	78.743.052	**IP/Nº de contacto**	53500
Correo electrónico contratista:	borissalas74@gmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 9164204763

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:	1342822/2020		**Nº Compromiso SIIF**	26720	
Valor Total del Contrato	$ 33.176.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.865.814	**10**	**Del** 01/11/2020	**Al** 30/11/2020	**$ 3.317.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.548.214		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.317.600	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	**$ 3.317.600**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.204.475**	**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	----------	7768418811	Valor Base retención en la fuente	2.204.475,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.327.040	$ 1.327.040	Valor Base retención en la fuente ICA	2.939.300,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.900	$ 165.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 212.400	$ 212.400	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	$ 13.900	$ 13.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	5.879,00	0,200%
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 734.825		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.311.721,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL "SER"
IMPARTÍ FORMACIÓN INTEGRAL PROFESIONAL EN LA FORMACIÓN EMPRENDEDOR EN LA PRODUCCIÓN DE PLÁTANO Y BANANO EN LOS MUNICIPIOS SAN BERNARDO DEL VIENTO (2 FORMACIONES), VEREDAS BARCELONA Y VILLA DEL ROSARIO, FICHAS N° 2088403 Y 2153539, MUNICIPIO DE PUERTO ESCONDIDO (1 FORMACIÓN), VEREDA SANTA ISABEL, FICHA 2156017, MUNICIPIO DE MOÑITOS (1 FORMACIÓN), VEREDA MEMBRILLAL, FICHA N° 2157412. TODAS ESTAS FORMACIONES FUERON DESARROLLADAS BAJA LA MODALIDAD NO PRESENCIAL.
ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES CON TODOS SUS SOPORTES A PROFESIONAL DE APOYO DEL PROGRAMA SER, LUDÍS CARRASCAL
CARGUE DE TODAS LA EVIDENCIAS EN EL DRIVE INDICADO DE TODAS LAS EVIDENCIAS DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO OBJETO DE COBRO.
ATENDÍ OPORTUNAMENTE TODOS LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS PROFESIONAL DE APOYO REGIONAL Y LIDER MISIONAL DEL PROGRAMA.

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.

Boris E. Salas De la Espriella

BORIS ERNESTO SALAS DE LA ESPRIELLA
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,

JIMMY TORRES BUSTILLO
INSTRUCTOR G20

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Comprobante

de pago en línea



SOI ACH

Pago realizado por: BORIS ERNESTO SALAS DE LA ESPRIELLA

Nro. de recibo: 7768418811

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 172.16.20.168

Concepto: CC

Razón Social: 78743052

Fecha y hora de la transacción: Jueves 29 de Octubre de 2020 08:22:08 PM

Nro. de comprobante: 0000009369

Valor pagado: $ 392,200.00

Cuenta: *******4763

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78743052
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BORIS ERNESTO SALAS DE LA ESPRIELLA SALAS DE LA ESPRIELLA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	TIERRALTA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 5 # 10-08	TELÉFONO:	7687068
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7768418811**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/30		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		784686729

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 212.400
SUBTOTAL:			1	**$ 212.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 165.900
SUBTOTAL:			1	**$ 165.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 13.900
SUBTOTAL:			1	**$ 13.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 392.200**