SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
ARAUCA
Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial Arauca

Código Regional	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha elaboración	**01 DE DICIEMBRE DEL 2020**
Versión	**4.2 may-20**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GABRIEL ARTURO ZAMUDIO HIGUERA	**C.C.**	15.878.443	**IP/Nº de contacto**	3182787976
Correo electrónico contratista:	gazar55@hotmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	NO	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Pertenece al régimen simple de tributación	NO			**Tienes contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas**	NO
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558	NO			**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**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	31202081021
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a $47'978.000	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117´503.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1850035			**Nº Compromiso SIIF**	**47720**		
Valor Total del Contrato	$ 11.688.320	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.705.013	3	**Del**	01/11/2020	**Al**	30/11/2020	**$ 4.174.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.530.613		Comisiones			$ 0	

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TECNICO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO Y LA EMPLEABILIDAD RURAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL EN EL AREA AGRICOLA - AGRICULTURA POR EL TERMINO DE MENSUALIDADES DE FORMACION

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.174.400	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	Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.174.400**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.773.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**octubre**	**8609876169**		Valor Base retención en la fuente	2.773.800,00	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**	Valor Base retención en la fuente ICA	3.698.400,00	
Ingreso Base de Cotización IBC	**noviembre**	$ 1.669.760	$ 1.669.760	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 208.800	$ 208.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 267.200	$ 267.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ -	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		$ 17.500	$ 17.500	**RETEICA ARAUCA**	$ 36.984	1%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		**RETEICA ARAUQUITA**	$ 0	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -		**RETEICA TAME**	$ 0	0%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -		**RETEICA SARAVENA**	$ 0	0,0%
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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Aporte Solidario Voluntario Decreto 568/2020	0,00	0,000%
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ -		Impuesto Solidario Decreto 568/2020	0,00	0%
Salud hasta	$ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 924.600		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$ 4.137.416,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS DIESISEIS PESOS M/CTE.

Se realizo la respectica apertura, inscripción y matricula de los estudiantes de la ficha: 2236335, formación en Buenas Practicas Agricolas, con un total de 48 horas en el municipio de fortul. Ademas se entrega la evidencia fotográfica de las clases formativas en el municipio de Fortul, vereda San Isidro, las clases iniciaron el día lunes 09 de Noviembre y finalizaron el día 01 de diciembre del 2020, la formación de monitoreo en plagas con ficha 2216537 fue evaluada y el reporte de evaluacion ya fue subido al drive.

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.

GABRIEL ARTURO ZAMUDIO HIGUERA
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,

YOLI ZOVEIDA GOMEZ GUZMAN
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 1850035 del

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**

EDDIE YOVANNY MILLÁN
SUBDIRECTOR DE CENTRO

RAZON SOCIAL:	GABRIEL ARTURO ZAMUDIO HIGUERA
IDENTIFICACION:	CC-15878443
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-22
FECHA DE PAGO:	2020-10-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8609876169
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8672377896
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 208.800	$ 208.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 267.200	$ 267.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 17.500	$ 17.500
			Total a pagar	$ 0	$ 493.500	$ 493.500