SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

Código Regional	50
Código Centro	953210
Fecha Elaboración	18 diciembre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	45772-648091

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / **Correo electrónico contratista:**	JULIAN DAVID QUICANO RAMIREZ judquicano@sena.edu.co	**C.C.**	1.069.727.675	**IP/Nº de contacto**	0
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: DAVIVIENDA	**Tipo de cta** AHORROS	**Nº Cuenta** 550488411638320			
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 Nº 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 Nº 558: N/A					

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1714068/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**51920**	
Valor Total del Contrato	$ 27.294.752	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.150.000	**6**	**Del**	**01/12/2020**	**Al** **31/12/2020**	**$ 5.150.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.150.000		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	**$ 5.150.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.285.375**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	47164191	Valor Base retención en la fuente	3.285.375,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 892.667	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	4.895.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 111.600	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 142.900	$ 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	$ 4.700	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	19.582,00	0,400%
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	$ 515.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.095.125		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 5.130.418,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO TREINTA MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Mantener comunicación constante con la persona responsable de la Línea Programática "Extensionismo Tecnológico" del Grupo Sennova
2.Garantizar el flujo de información recolectada completa y de calidad, en el proceso de servicios de Extensionismo tecnologico
3.Atender las solicitudes y requerimientos de información que se generen desde la Línea Programática "Extensionismo Tecnológico"
4.Trabajar en sinergia y en retroalimentación con la gestora consultora y los profesionales extensionistas
5.Mantener la información recibida almacenada en los sistemas de información dispuestos por la Entidad
6.Garantizar una disponibilidad para desarrollar las anteriores obligaciones, en un periodo de 40 horas semanales
7.Elaboración de Informes finales fruto de la actividad en el acompañamiento de las empresas asignadas
8.Las demás que sean asignadas según el objeto del contrato

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.

JULIAN DAVID QUICANO RAMIREZ
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,

PAOLA ANDREA GOMEZ DUARTE
PROFESIONAL G01

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

BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069727675	JULIAN DAVID QUICANO RAMIREZ	calle 29C 47 15 MONTECARLO	6707550	suasesorensalud1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	07/12/2020	47164191	$587.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	257.600	0		0		0	0	0	0	257.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	329.700	0	0	0	0	0	0		329.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	257.600	257.600
Pensión	1	329.700	329.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	587.300	587.300

PAGADA
47164191

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069727675	JULIAN DAVID QUICANO RAMIREZ		calle 29C 47 15 MONTECARLO	6707550	suasesorensalud1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	I	07/12/2020	47164191	$587.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cot tarifa	Es Hijo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1069727675	QUICANO RAMIREZ JULIAN DAVID	3	0			N	X															230301	2.060.400	329.700	0	0	0	0	EPS017	2.060.400	257.600		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: VILLAVICENCIO
FECHA: 30/12/2020
REGIONAL: META

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
JULIAN DAVID QUICANO RAMIREZ	C.C. No 1069727675
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: COORDINACIÓN DE FORMACIÓN - GRUPO SENNOVA	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CTO_CO1.PCCNTR.1714068. 23/07/2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		JOHN JAIRO SARMIENTO MARTINEZ	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		ROGER FERNANDO ORDOÑEZ	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		PAOLA ANDREA GOMEZ DUARTE	
ALMACÉN E INVENTARIOS		MILTHON RAUL GANTIVA	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		MARIA ANGELICA CAICEDO	
CONTABILIDAD	X	MYRIAM LEGUIZAMON HERNANDEZ	
TESORERIA		ANA CECILIA LOPEZ	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		LUIS GUILLERMO DIAZ VALENZUELA	
BIBLIOTECA		DUBAN MAURICIO GIL	
LIDER SENNOVA		HERNAN DARIO LOZANO CLAVIJO	
GESTOR CONSULTOR		JESSICA LICETH ANGARITA CHAMORRO	
VIATICOS		ZOILA ROSA TORRES VILLAMIL	
SUPERVISOR DE CONTRATO		PAOLA ANDREA GOMEZ DUARTE	

OTROS: _____

Firma del Contratista