SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO ACUICOLA Y AGROIND

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**94922-888968**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JAIRO ALBERTO JOSE CUBILLOS DIAZGRANA
Correo electrónico contratista: jacubillosd@sena.edu.co
C.C. 85.458.039 **IP/Nº de contacto** 3107384789

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91600028117

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: 1487253/2020 **Nº Compromiso SIIF** **37520**

Valor Total del Contrato	$ 31.079.230	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.274.090	**9**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**18/12/2020**	**$ 2.274.090,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.274.090	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	**$ 2.274.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.067.334**	**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	----------	**5245653501**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 909.636	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.800	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 235.800	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 227.409	
Salud hasta $ 569.712	$ 184.200	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 341.820	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.067.334,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.014.690,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	14.103,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	45.482,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.214.505,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Apoyar la ejecución de los diferentes procesos de evaluación de las competencias laborales a trabajadores o personas, de acuerdo con las necesidades de la Regional o Centro de Formación, en el marco de los lineamientos de la Dirección del Sistema Nacional de For mación para el Trabajo y el procedimiento para evaluar y certificar competencias laborales según la meta asignada a cada Centro de For mación.
2. Construir ítems e indicadores de evaluación de acuerdo con la política y metodología promovida por el grupo de evaluación y certi ficación de la dirección general y la planeación definida por el gestor regional de instrumentos en concertación con los lideres de de certificación.
3.Construir ítems e indicadores correspondientes a una Norma de competencia laboral a razón de 2 meses y 15 días de contrato y confor me al cronograma de trabajo concertado con el Gestor de Instrumentos.

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.

JAIRO ALBERTO JOSE CUBILLOS DIAZGRANADOS
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,

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DELAPORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 85458039
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: JAIRO ALBERTO JOSE CUBILLOS DIAZ GRANADOS
CIUDAD/MUNICIPIO: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: MAGDALENA
DIRECCIÓN: CALLE 22 14 - 94 BAR. ALCAZARES TELÉFONO: 4310235
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LAPLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **5245653501** TIPO DE PLANILLA: Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES Noviembre AÑO 2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES Noviembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2020/12/03 AUTORIZACIÓN: 9993184114

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 242.600	$ (	$	$	$	$ 20	$	$ 242.600	$ 20(	$ 242.800
SUBTOTALES:										**$ 242.600**	**$ 20**	**$ 242.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL							$	$ 189.600	$	$ 20	$	$ 189.600	$ 20(	$	$ 189.80
SUBTOTALES:													**$ 189.600**	**$ 20(**	**$**	**$ 189.800**

ADMINISTRADORA							SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE						PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.							$	$ 15.90	$ 15.90(	$ 10(	$ (	$ 16.000
SUBTOTALES:										**$15 90(**	**$ 10(**	**$ (**	**$ 16.000**

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SALINTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 85458039	CUBILLO DIAZ GRANADOS JAIRO ABERTO JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$1.516.060				NO	30																

	AL																PARAFISCALES							
			SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	A	DMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	230 PRO ON (ING TEC	S002- LUD TAL	0	1.516.060	$189.600	$	$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	1.516.06	85458039	$15. 900		$		$	$	$	$	$				

TOTAL **$ 448.600**