SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**39829-825987**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LEIDY CAROLINA CRUZ CUBILLOS
Correo electrónico contratista: caro.cruzc@misena.edu.co
C.C. 1.110.455.409 **IP/Nº de contacto** 3112484622

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** 06849289029

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: 1366878/2020 **Nº Compromiso SIIF** 25220

Valor Total del Contrato	$ 37.052.736	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.969.560	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.656.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.313.040		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.656.520		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	**$ 3.656.520**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.224.654**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9410749720**	Valor Base retención en la fuente	2.224.654,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.462.608	$ 1.462.608	Valor Base retención en la fuente ICA	3.239.520,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.900	$ 182.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.100	$ 234.100	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	$ 7.700	$ 7.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	22.677,00	0,700%
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	$ 273.315				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 741.551		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.633.843,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cordialmente rindo informe de la labores desarrolladas en cumplimiento del Contrato Número 1366878 del 19 de febrero del 2020.
Para el periodo comprendido del 01 al 31 de octubre del 2020, se desarrollaron las siguientes actividades:
ID 2182488, 2182489 y 2182490 : Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (Ejecución y Cierre)
ID 2209924 y 2209935: Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (Alistamiento y Ejecución)
El desarrollo de los cursos se realizó con base en las guías de aprendizaje las cuales invitan al aprendiz a realizar actividades practicas enfocadas a la realidad.
Se realizó alistamiento, ejecución y cierre de los 5 cursos anteriormente mencionados
Se utilizaron herramientas informáticas como correos electrónicos, conferencias Web para el acompañamiento, así mismo se evaluó y retroalimentó al aprendiz para lograr el resultado de aprendizaje en cada unidad.

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.

LEIDY CAROLINA CRUZ CUBILLOS
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,

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

291020LO67

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110455409		CRUZ CUBILLOS LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3 # 33 B - 33 BRR DEPARTAMENTAL	IBAGUE-TOLIMA	2641480	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	771021694	9410749720	I	2020/10/05	2020/10/14	BANCOLOMBIA	9	$424,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,462,700	$234,100			$1,462,700	$182,900			$0	$0			$1,462,700	$7,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,462,700	$234,100			$1,462,700	$182,900			$0	$0			$1,462,700	$7,700		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,462,700	$234,100			$1,462,700	$182,900			$0	$0			$1,462,700	$7,700		$0	$0
1	CC	1110455409 CRUZ LEIDY	230301	30	$1,462,700	$234,100	EPS005	30	$1,462,700	$182,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,462,700	$7,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,462,700	$234,100			$1,462,700	$182,900			$0	$0			$1,462,700	$7,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110455409		CRUZ CUBILLOS LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 3 # 33 B - 33 BRR DEPARTAMENTAL	IBAGUE-TOLIMA	2641480	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	771021694	9410749720	I	2020/10/05	2020/10/14	BANCOLOMBIA	9	$424,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,100	$0	$0	$234,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$234,100	$0	$0	$234,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,700	$0	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,900	$0	$0	$182,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$182,900	$0	$0	$182,900
TOTAL				**1**	**$424,700**	**$0**	**$0**	**$424,700**

MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.

NIT. 900178724-3

CERTIFICA

Que el titular del contrato en mención canceló directamente los valores abajo discriminados por concepto de su plan de Medicina Prepagada.

CONTRATO:	425712		
TITULAR:	LEIDY CAROLINA CRUZ CUBILLOS	**IDENTIFICACIÓN:**	CC 1110455409
TOTAL PAGO:	doscientos setenta y tres mil trescientos quince pesos con cero centavos ($273,315.00)		

CONCEPTO	VALOR	IVA	TOTAL
CUOTAS CONTRATO	$260,300.00	$13,015.00	$273,315.00
BONOS	$.00	$.00	$.00
TOTAL	$260,300.00	$13,015.00	$273,315.00

Los valores mencionados anteriormente corresponden al periodo de 01/10/2020 hasta 26/10/2020 , el cual ampara a las siguientes personas de su grupo familiar:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FECHA VIGENCIA	PARENTESCO
CRUZ CUBILLOS LEIDY CAROLINA	CC 1110455409	04 Jun 2020	Contratante
LEAL BRIÑEZ CARLOS ANDRES	CC 93136736	04 Jun 2020	Conyuge

De acuerdo con el artículo 387 del E.T. Literal a. "El trabajador podrá disminuir de su base de retención los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes". Esta deducción no debe superar las 16 UVT mensuales.

Esta certificación se expide en Ibague, el 26/10/2020.

Cordialmente,

_____

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el articulo 10 del D.R. 836 de 1991.