SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL PUTUMAYO
SALUD OCUPACIONAL

Código Regional	**86**
Código Centro	**101086**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**44893-414092**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ
Correo electrónico contratista: lpenarandas@sena.edu.co
C.C. 37.322.394 **IP/Nº de contacto** 84850

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** 45127135065

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: 1279316/2020 **Nº Compromiso SIIF** **320**

Valor Total del Contrato	$ 80.185.226	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.223.915	**10**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 7.289.566,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.934.349		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 7.289.566		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	5,73%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 277.625
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.289.566**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.843.850**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 277.625**

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

	Octubre	Septiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**45888497**	Valor Base retención en la fuente	4.843.850,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.915.826	$ 2.915.826	Valor Base retención en la fuente ICA	6.458.466,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 364.500	$ 364.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 466.600	$ 466.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	277.625,00	5,73%
ARL II	$ 30.500	$ 30.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 74902	64.585,00	1,000%
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	$ 1.614.617		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 6.947.356,00**	

SON: SEIS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

objeto;Pto Asis. Prestar los servicios profesionales como como médico laboral para apoyar, documentar y actualizar la identificacion evaluación, intervención y monitoreo permanente del eje de medicina preventiva y del trabajo que hace parte del modelo Empresa Laboral Saludable o el que haga sus veces en la Dirección para la regional Putumayo, en el centro Agroforestal y Acuícola "ARAPAIMA" ACTIVIDADES: 1.Verificacion de resultados de examenes y concepto de aptitud de los trabajadores contratados en el mes de octubre 2) reporte de actividades realizadas durante el mes de octubre a traves de informe presentado a DG. 3) Seguimiento telefonico y presen cial a trabajadores y aprendices con sintomatologia y comorbilidades. 4) Logistica para la programacion de la segunda jornada de exame nes ocupacionale periodicos y de seguimiento de acuerdo a los PVE. 5) caracterizacion de instructores y aprendices priorizados para la activacion de la formacion presencial. 6) acompañamiento a resolucion de inquietudes con respecto al protocolo y medidas preventivas 7) participacion en capacitaciones y reuniones. 8) preparacion para el simulacro Regional Virtual 22 de octubre/participacion activa

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.

LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ
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,

DIANA SOFIA MAMIAN ARTUNDUAGA
PROFESIONAL G02

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

WILLIAN JAMES RODRIGUEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Identificación	37322394	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	3184054060
Razón Social	LEONELA DEL ROCIO PEÑARANDA SANCHEZ	Dirección	CRA 32 9 86	Fecha Pago	07/10/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	PUERTO ASÍS	Periodo Salud	Septiembre-20
Banco	BANCOLOMBIA	No. Planilla	45888497	Periodo Pensión	Septiembre-20
Total a Pagar	$861,600	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$2,916,000	$466,600	$0	$0	$0	$0	$0		$466,600
Totales				$2,916,000	$466,600	$0	$0	$0	$0	$0		$466,600

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473	1	$2,916,000	$364,500	$0	$0		$0		$0		364500	$364,500
Totales				$2,916,000	$364,500	$0	$0		$0		$0		$364,500	$364,500

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	1	$2,916,000	$30,500	$0				30500	$30,500

PAGADO

usuario:CC37322394
clave:LEONELA2394

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1