

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL NORTE DE SANTANDER CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-NORTE DE SANTA		Código Regional	54
			Código Centro	953710
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	43396-966651
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO Correo electrónico contratista: yvcastellanos4@misena.edu.co C.C. 60.421.324 IP/N° de contacto 3114827382				
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO Es declarante de renta? ☐ SI Es Pensionado? ☐ NO Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI Inducción SST ☐ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 23349921782 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				
N° del contrato: 1356148/2020		N° Compromiso SIIF 16020		
Valor Total del Contrato	\$ 38.533.191	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.895.074	11	Del 01/12/2020	Al 15/12/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0		Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.895.074		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 3.790.150			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.685.224		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.325.652		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Diciembre	Noviembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4364210319	Valor Base retención en la fuente	3.325.652,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	1.644.774,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 242.600	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 V	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8542	7.895,00 0,480%
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	\$ -		Estampilla Departamental	37.901,00 2,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 242.600		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 189.600		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	\$ 568.522		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 1.108.551		VALOR A PAGAR	\$ 1.849.278,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Acciones de Formación Profesional Integral directas a formación complementaria: 90 horas				
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.			YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO 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, PABLO JULIO ACERO MORALES 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				
EDUARDO RIVERA SIERRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60421324	NÚMERO PLANILLA:	4364210319	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLANDA VIVIANA CASTELLANOS ROMERO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2020
CIUDAD/MUNICIPIO:	PAMPLONA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER	DÍAS DE MORA:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DIRECCIÓN:	CRR 3 6 07	TELÉFONO:	3000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992720734
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600
SUBTOTALES:										\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600

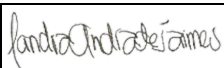
TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000
SUBTOTALES:													\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						PARAFISCALES																
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 60421324	CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA	INDEPEND		\$ 1.560.000				NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.560.000	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 249.600	EPS005- SANITAS S.A.	30	\$ 1.560.000	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL \$ 444.600

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA ENTREGA DEL CONTRATISTA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL CENTRO CIES	LUGAR: CUCUTA
		FECHA: 18 de noviembre de 2020
		REGIONAL NORTE DE SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN C.C. No
CASTELLANOS ROMERO YOLANDA VIVIANA	60.421.324
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Centro de la industria, la Empresa y los Servicios - CIES	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1356148 DEL 11 de febrero de 2020	
CAUSAL DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO ☒	CESIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO ☐ LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO ☐ LIQUIDACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES			
		NOMBRES		FIRMA	
GESTIÓN DE TIC	X	N.A.			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	PIEDAD CONSUELO ROA SANGUINO		 PIEDAD CONSUELO ROA SANGUINO (Dec 2, 2020 05:48 EST)	
ENTREGA DE CARNET	X	LUIS EVELIO FLOREZ PEÑARANDA			
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	EDUARDO RAMIREZ			
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	N.A.			
CONTABILIDAD	X	ALVARO GUSTAVO QUINTERO SANGUINO			
TESORERIA	X	JULIO CESAR LOPEZ			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	X	PABLO JULIO ACERO MORALES	ORDENES DE VIAJE	FREDDY RAMREZ	 VoBo.
COMPLEMENTARIA			SEGURIDAD SOCIAL	FREDDY RAMREZ	 VoBo.
			SOFIA PLUS	VIVIANA WALDO	 VoBo.
			SIGEP	FREDDY RAMREZ	 VoBo.
BIBLIOTECA	X	DIEGO ALEJANDRO LOPEZ ALZATE			
HERRAMENTERIA					
BIENESTAR DE APRENDICES	X	SANDRA MILENA ANDRADE JAIMES			
ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)					
OTROS : _____					

 _____ Firma del Contratista
--