

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CESAR		Código Regional	20	
			Código Centro	952010	
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020	
	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMAC		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20	
ID de Proceso					54302-445457
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR		C.C.	
Correo electrónico contratista:		damunoz@sena.edu.co		IP/N° de contacto	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	
				NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST	
				SI	
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	
				SI	
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:	1892492/2020	N° Compromiso SIIF	89720		
Valor Total del Contrato	\$ 8.294.935	N° Pago	3	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.362.858	Del	01/12/2020	Al	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	Valor Bruto Pago	
				\$ 1.362.858,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 1.362.858	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	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.362.858	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 834.419				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	834.419,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.485.457	Valor Base retención en la fuente ICA	1.112.558,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 185.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 237.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL	\$ 4.600	\$ 7.800	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Pro-Universidad	6.814,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700		Otras Retenciones	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.139.424		VALOR A PAGAR	\$ 1.356.044,00	
Salud hasta	\$ 569.712				
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				
SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Se realizó formación en Bilingüismo con las siguientes fichas:					
2166456 - Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita - horas: 6 - aprendices: 27 2176001 - Comprender textos en inglés en forma escrita y auditiva - horas: 14 - aprendices: 50 2166457 - Comprender textos en inglés en forma escrita y auditiva - horas: 6 - aprendices: 35 2176000 - Comprender textos en inglés en forma escrita y auditiva - horas: 12 - aprendices: 50 2176002 - Comprender textos en inglés en forma escrita y auditiva - horas: 14 - aprendices: 50					
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.			DIEGO ALEJANDRO MUÑOZ ESCOBAR EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.			JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA INSTRUCTOR G08		
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					
ALVARO ENRIQUE RESTREPO DOMINGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

TESORERIA	X	YACIRA NAVARRO CABAS	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :


Juan Pablo Patiño Loaiza.

Firma del Contratista

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4512380	DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR	Cra 8 # 32-25 piso 3	3008653643	dante0083@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			RISARALDA	PEREIRA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	I	07/12/2020	47200540	\$254.900

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	1

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	4512380	DIEGO ALEJANDRO MUNOZ ESCOBAR		Cra 8 # 32-25 piso 3	3008653643	dante0083@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			RISARALDA	PEREIRA	
						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	47200540	\$254.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Salud	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ISE	UMA	VAC	AVP	ACT	RL	CDRREG.COJA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotiz. de Riego	Cotización de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	4512380	MUNOZ ESCOBAR DIEGO ALEJANDRO				59	0			N																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS002	877.803	109.800	14-23	877.803	1	4.600		0	0		0	0	0	0	0

PAGADA