

 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES ANTIOQUIA CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y LA AVIACIÓN		Código Regional	5
		Código Centro	9503
		Fecha elaboración	31 de Agosto de 2020
		Versión	1.20 ENERO 2020
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	CESAR AUGUSTO GONZALEZ GIRALDO	C.C	75071165
Correo electrónico contratista:	cesargg@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3127811722
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Inducción SST	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Presta Servicios Excluidos de IVA?	NO
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a \$47.978.000	NO	Tipo Cuenta	AHORROS
		N° Cuenta	10092869963
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$124.625.000	NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	CO1.PCCNTR.1335263	N° Compromiso SIIF	7420
Valor Total del Contrato	\$ 38.659.530	N° Pago	7
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.423.983	Del	01/08/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.633.833	Comisiones	\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del periodo	\$ 0
Ingresos de Otros Meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.518.538	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, O, N° Radicación pago SS	JULIO	7760835489	Valor Base retención en la fuente
			2.518.538
			TARIFA
Ingreso Base de Cotización IBC	AGOSTO	\$ 1.516.060	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.500	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ 0	Menos Retención IVA
ARL		\$ 8.000	Retención Estampilla P.J.I.C
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 0	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 0	Otras Retenciones
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	\$ 7.128.000	\$ 0	ReteICA
Intereses Préstamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ 0	Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos otros meses cobrados en el mes	\$ 0	\$ 0	Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos otros meses cobrados en el mes	\$ 0	\$ 0	Otras Retenciones
Aportes ARL de ingresos otros meses cobrados en el mes	\$ 0	\$ 0	
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 0	
Salud hasta	\$ 569.712	\$ 0	
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 839.513	Descuentos de Libranza (Si tiene)
Retención en la Fuente Contingente	\$ 0	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene)
			VALOR A PAGAR
			\$ 3.744.668
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE.			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES NO. CO1.PCCNTR.1335263 DE 2020, SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA, EN EL CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y LA AVIACIÓN..			
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			
1. Cumplo 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.			
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.			
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			
JORGE ANTONIO LONDOÑO SUBDIRECTOR			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 75071165
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CESAR AUGUSTO GONZALEZ GIRALDO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL CARMEN DE VIBORAL	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 28 A 35-16	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7760835489	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 705273727

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 242.800
SUBTOTAL:			1	\$ 242.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 189.700
SUBTOTAL:			1	\$ 189.700
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 30.400
SUBTOTAL:			1	\$ 30.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 37.000
SUBTOTAL:			1	\$ 37.000

TOTAL PAGADO:	\$ 499.900
----------------------	-------------------