

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	953810
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA			ID de Proceso	16642-612124
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENARO		C.C.
Correo electrónico contratista:		cpgiraldoh@sena.edu.co		41.928.856
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3127588289
Es declarante de renta?		NO		Es Pensionado?
NO		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
75691339874				
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				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:	1327507/2020	N° Compromiso SIIF	7120	
Valor Total del Contrato	\$ 38.233.333	N° Pago	11	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.480.000	Del	01/12/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	12/12/2020
				Valor Bruto Pago
				\$ 1.480.000,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.480.000	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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.480.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 922.275	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	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	922.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	46967602		Valor Base retención en la fuente ICA	1.229.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 877.803	\$ 1.480.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 109.800	\$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 140.500	\$ 236.800	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 4.600	\$ 7.800	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	0,00
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 307.425		VALOR A PAGAR	\$ 1.480.000,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>En el cumplimiento del objeto del contrato, la contratista en el período del mes diciembre se realizaron las siguientes actividades:</p> <p>Se realizó el reporte de inasistencias de las fichas asignadas en horario</p> <p>Reportar en el aplicativo SOFIA PLUS las horas mensuales. Se reportaron las horas correspondientes al mes, según programación</p> <p>Orientar actividades pedagógicas y de ejecución de la formación profesional titulada en las áreas relacionadas con la profesión, en la</p> <p>Se realizó la ejecución del objeto contractual con autonomía e independencia</p> <p>Se Aplicó la metodología de formación por proyectos dentro del marco de la política institucional, principios y valores con la entidad</p> <p>Se realizó consulta virtual de PA en la página www.sena.edu.co</p> <p>Durante el mes no se asistió a ninguna reunión</p> <p>Se reportaron las horas académicas de ejecución del contrato.</p>				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
<p>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.</p>				
CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENARO EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS 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				
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	41928856	Claudia Patricia Giraldo Henao		Villa Jardin Bloque 1 apto 103	7324509	claudiagiraldohenao@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	

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
2020-11	2020-11	I		46967602	\$429.600

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	185.000	0		0		0	0	0	0	185.000	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	236.800	0	0	0	0	0	0		236.800	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	7.800				7.800	0	0	7.800			78	7.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	1
ICBF				
0	0	0	0	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.000	185.000
Pensión	1	236.800	236.800
Riesgos Laborales	1	7.800	7.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	429.600	429.600

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	
2020-11	2020-11	I		46967602	\$429.600	

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extraterritorio	Cotización anterior	Extraterritorio	REN	REN	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLA	DE	LMA	VAC	AVP	ACT	RL	CORRECCIÓN	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	41928856	GIRALDO HENAO CLAUDIA PATRICIA	59	0		N																		230201	1.480.000	236.800	0	0	0	0	EPS044	1.480.000	185.000	14-23	1.480.000	1	7.800		0	0	0	0	0	0	0	0

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO

Nro. de recibo: 46967602

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.89.231.91

Concepto: CC

Razón Social: 41928856

Fecha y hora de la transacción: Lunes 30 de Noviembre de 2020 11:11:31 AM

Nro. de comprobante: 0000048693

Valor pagado: \$ 429,600.00

Cuenta: *****9874

BANCOLOMBIA S.A. Entidad financiera Bancaria

Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com