

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		Código Regional	76
			Código Centro	912410
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	44297-769074

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ALBA ALEXANDRA LOPEZ LOSADA		C.C. 31.641.086	IP/N° de contacto 3168411302	
Correo electrónico contratista: alelopezl@sena.edu.co				
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: DAVIVIENDA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 12470033387		
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: 1423414/2020	N° Compromiso SIIF 31220			
Valor Total del Contrato \$ 34.780.000	N° Pago 10	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 1.850.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 1.850.000	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 \$ 1.850.000	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 \$ 1.850.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 1.199.775	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 1.199.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803	1033571477	\$ 1.480.000	Valor Base retención en la fuente ICA 1.599.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800		\$ 185.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 140.500		\$ 236.800	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 II \$ 9.200		\$ 15.500	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -			Reteica - 8299 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -			Pro-UCEVA 9.250,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -			Universidad del Pacífico 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -			Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ -				
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -				
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 \$ 399.925			VALOR A PAGAR \$ 1.840.750,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -				

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
VER INFORME MENSUAL DEL MES DE DICIEMBRE Se anexa planilla de seguridad social del mes de Diciembre No. 1034234238	

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.	ALBA ALEXANDRA LOPEZ LOSADA 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, LILIANA URRIAGO FONTAL 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 VICTORIA CARDONA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-12-11, 04:03:43 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1033571477

Periodo Cotización 202011 Periodo Servicio 202011

PAGADA 2020-12-07 11:58:08.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBA ALEXANDRA LOPEZ LOZADA				
Documento	CC 31641086		Dirección	CALLE 13 # 5 - 09	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	2368053	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BUGA		Departamento	VALLE DEL CAUCA	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 31641086		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					LOPEZ LOSADA ALBA ALEXANDRA	76111000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COOMEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000	\$ 15.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-12-11, 04:04:14 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 1034234238
Periodo Cotización 202012 Periodo Servicio 202012

PAGADA 2020-12-11 13:20:38.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBA ALEXANDRA LOPEZ LOZADA				
Documento	CC 31641086		Dirección	CALLE 13 # 5 - 09	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	2368053	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BUGA		Departamento	VALLE DEL CAUCA	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 31641086		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					LOPEZ LOSADA ALBA ALEXANDRA	76111000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	IGE	SLN	IME	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Días AFP	Días ARP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
R														0				30	30	30	0				16 %	\$ 877.803	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	EPS016		12,5 %	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	14-23	2	1,044 %	\$ 877.803	\$ 9.200	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COOMEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	