SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**13 de Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**50651-939256**
No. de documento	**6318**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JANINE ALGARIN OROZCO	**C.C.**	22.458.425	**IP/Nº de contacto**	52009
Correo electrónico contratista:	jalgarin5@misena.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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		76738579298	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2141391/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**1321**	
Valor Total del Contrato	$ 29.350.648	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.144.337	**2**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.785.376,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.358.961		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA SALUD- APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION (ENFERMERIA) QUE PROGRAME EL CCYS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO SEGÚN RADICADO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.785.376	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.785.376**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.850.832**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9416151897**	Valor Base retención en la fuente	1.850.832,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.114.150	$ 908.526	Valor Base retención en la fuente ICA	2.467.776,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 139.300	$ 113.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 178.300	$ 145.400	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 I	$ 5.900	$ 4.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	24.678,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
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	$ -		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 $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 616.944		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.760.698,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD-APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN(ENFERMERÍA) DE LOS DIVERSOS PROGRAMA DE FORMACIÓ DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO FICHAS: 2261101-2263312-2263315

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.

JANINE ALGARIN OROZCO
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

ERIKA ROJAS SANJUANELO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22458425		ALGARIN OROZCO JANINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 71 # 94-127	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3031741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	887997986	9416151897	I	2021/02/05	2021/02/09	BANCOLOMBIA	4	$373,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,206,311	$193,100			$1,206,311	$150,800			$0	$0			$1,206,311	$29,400		$0	$0		$373,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,206,311	$193,100			$1,206,311	$150,800			$0	$0			$1,206,311	$29,400		$0	$0		$373,300
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						$1,206,311	$193,100			$1,206,311	$150,800			$0	$0			$1,206,311	$29,400		$0	$0		$373,300
1	CC	22458425 ALGARIN JANINE									X									25-14	30	$1,206,311	$193,100	EPS005	30	$1,206,311	$150,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,206,311	$29,400	0	$0	$0	No	$373,300
Total		**Afiliados(1)**																				$1,206,311	$193,100			$1,206,311	$150,800			$0	$0			$1,206,311	$29,400		$0	$0		$373,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22458425		ALGARIN OROZCO JANINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 71 # 94-127	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3031741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	887997986	9416151897	I	2021/02/05	2021/02/09	BANCOLOMBIA	4	$373,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,100	$0	$0	$193,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$193,100	$0	$0	$193,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,400	$0	$0	$29,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,400	$0	$0	$29,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,800	$0	$0	$150,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,800	$0	$0	$150,800
TOTAL				**1**	**$373,300**	**$0**	**$0**	**$373,300**

Descripción:	No disponible
Empresa/Servicio:	APORTES EN LINEA - 28058
Cus:	887997986
Tipo identificacion:	CC
Numero planilla:	9416151897
Banco dueño del producto:	Bancolombia
Número de producto:	76738579298
Tipo de Producto:	Cuenta de Ahorros
Valor de la factura:	$ 373,300.00
Valor pagado:	$ 373,300.00
Entidad a quien se pagó por PSE:	APORTES EN LINEA
Oficina:	SUCURSAL VIRTUAL
Canal:	PSE
Resultado del pago:	Exitoso
Número de comprobante:	295001285
Fecha y hora del pago:	2021/02/09 13:50:29

También puede

Enviar comprobante por correo electrónico

Descargar o imprimir comprobante