

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL -BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO		Código Regional	11
			Código Centro	921110
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	18828-947753
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JUAN PABLO CUTIVA RIVERA		C.C.
Correo electrónico contratista:		juan.cutiva@sena.edu.co		1.014.221.351
IP/N° de contacto		00000		
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		
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		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1358950/2020	N° Compromiso SIIF	13820	
Valor Total del Contrato	\$ 36.764.455	N° Pago	2	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 34.364.027	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2020 Al 31/03/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 30.573.877	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.518.463			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 960.171		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 120.100		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 153.700		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0		
ARL	\$ 8.000	\$ 5.100		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		
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	\$ -	\$ -		
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 839.488	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
			Valor Base retención en la fuente	2.518.463,00
			Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
			Valor base IVA	0,00
			IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
			Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
			Menos Retencion IVA	0,00 15%
			Reteica - 8299	32.438,00 0,966%
			Otras Retenciones	0,00 0,000%
			Otras Retenciones	0,00 0,000%
			Otras Retenciones	0,00 0,000%
			Otras Retenciones	0,00 0,000%
			Descuentos de Libranza	0,00
			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
			VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Presentar los reportes de evaluaciones de los aprendices y demás informes dentro de los plazos estipulados por el Centro para tal efecto.</p> <p>Presentar en forma mensual a la Coordinación Académica y supervisor de contratos el reporte de ejecución de actividades, registrando las novedades sucedidas en el periodo académico que afectaron la ejecución de la programación académica mínima establecida</p> <p>Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada y reconocimiento de aprendizaje previos siempre y cuando cumpla con el objetivo contractual de ejecutar acciones de formación diferentes a la inducción.</p> <p>Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de tres (3) días, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia en el proceso formativo.</p>				
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.				
			 JUAN PABLO CUTIVA RIVERA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION 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.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,  JUAN SELMEN CALDERON PEREZ INSTRUCTOR G13	
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  FABIO HERNANDEZ RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-04-01, 12:10:37 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1028796225

Periodo Cotización: febrero de 2020

Periodo Servicio: febrero de 2020

Referencia pago (PIN): 8815474650

PAGADO 01/04/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN PABLO CUTIVA RIVERA			Dirección	CR 91 A # 73-23
Documento	CC1014221351			Teléfono	4961592
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1014221351	JUAN PABLO CUTIVA RIVERA	59	04																		0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$ 877.803	\$ 109.800	0,522	\$ 877.803	\$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 0	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.400	\$ 1.700	\$ 116.100



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-04-02, 12:16:19 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1028833830

Nro Planilla Corregida: 1028796225

Periodo Cotización:

febrero de 2020

Periodo Servicio:

febrero de 2020

Referencia pago (PIN):

8815506320

PAGADO 02/04/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN PABLO CUTIVA RIVERA			Dirección	CL 82 #95 C - 15
Documento	CC1014221351			Teléfono	4961592
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAP	TAP	USP	COR	USU	IGE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1014221351	JUAN PABLO CUTIVA RIVERA	59	00								C									0,522	\$ 960.171	\$ 5.100	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 278.900
CC 1014221351	JUAN PABLO CUTIVA RIVERA	59	04								A									0,522	\$ 877.803	\$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 114.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 960.171	\$ 82.368	\$ 82.368	\$ 0	\$ 153.700	\$ 10.300	\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 164.500	\$ 2.700	\$ 167.200

bancompartir
contigo

Apr 02 2020 - 11:59:17 ASERVI V04 832
PUNTO DE LIQUIDACION D
CARRERA 62 No. 88 Local
C. COMERCIO 071028022 TER: 00716229

RECIBO: 04767 REN: 00562296030

Pago SIMPLE

Numero de autorización: 76706
Id del aportante: 8815506320
Numero de PPA: 8815506320
Periodo de liquidación: 2020/02
Válgo: \$ 140.000
Cantidad: \$ 0

Por favor validar que los datos ingresados
en este comprobante sean correctos.

==CLIENTE==

PAGOSIMPLE | retactura

Porte: 2020-04-02, 11:52:18 AM Tipo Planilla: N. PLANILLA CORRECCIONES
pda: 1028706225 Periodo Cotización: febrero de 2020 Periodo Servicio: febrero de 2020
Referencia pago (PN): 8815506320
Fecha límite de pago: 2020-03-12

GUARDADA 02/04/2020

VERA

Dirección	CL 82 #95 C - 15
Teléfono	4961582
Forma Presentación	ÚNICO Total Afiliados 1
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	

El pago de su aporte después de las 3.00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago. SIMPLE S.A., da por entendido que al ducendo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades		Pensiones			Salud		Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
Identificación	Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Estado Civil	Administradora	Salud	Pensiones	Administradora	Salud	Administradora	Salud	Pensiones	Administradora	Salud	Pensiones	Administradora	Salud	Pensiones	Total
8815506320	GUERRA MORALES JUAN FERRER	M	40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

III. TOTALES

Salud Pensiones	Salud Salud	Salud Riesgos	Salud Cajas	Aportes Pensiones	Aportes PPA	Aportes PPA	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Cajas	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 0.00	\$ 100.000	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 10.000	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 104.000	\$ 1.00	\$ 105.00

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

9

Cafam-Colsubsidio-Mercadogreues Cafam-Colsubsidio



8888155063200000000991231

Periodo de cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfendi Grupo Éxito-Bancompartir



(415)770999948584(8020)8815506320(3900)0000000(96)20991231

[illegible]



Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo Identificado(a) con cédula de ciudadanía me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma