

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA		Código Regional	47
			Código Centro	911810
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
	CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS		Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	65614-309648
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ROBERTO ALFONSO VANEGAS IGLESIAS robertymafe@hotmail.com	C.C.	85.464.312
Correo electrónico contratista:		54130		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS
		Nº Cuenta	24060029263	
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				
Nº del contrato:	1358440/2020		Nº Compromiso SIIF	4220
Valor Total del Contrato	\$ 20.660.976	Nº Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 15.741.696	3	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.790.128	Comisiones	01/04/2020	30/04/2020
		\$ 0,00	Valor Bruto Pago	
		\$ 2.951.568,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.951.568	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	\$ 2.951.568	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.739.858			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	1.739.858,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	4333470071	4333470071	Valor Base retención en la fuente ICA	2.614.968,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.180.627	\$ 1.180.627	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 147.600	\$ 147.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 189.000	\$ 189.000	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	18.305,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Pro-Hospital	59.031,00
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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 295.157	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.874.232,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 579.953	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación profesional integral a los programas de formación titulada en el area de soldadura en el grupo de ficha nº 1963569				
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.			ROBERTO ALFONSO VANEGAS IGLESIAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO 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				
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85464312	NÚMERO PLANILLA:	4333470071				TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				ROBERTO ALFONSO VANEGA IGLESIA ...	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2020	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIENAGA		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	DÍAS DE MORA:	0				2020/04/20				NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999874739
DIRECCIÓN:	CRA 2 NO 10 50		TELÉFONO:	4213332	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):										
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE											
TIPO EMPRESA:	PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act											
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO														
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO											

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	EMPLEADOR			COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 189.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 189.000	\$ 0	\$ 189.000	
SUBTOTALES:										\$ 189.000	\$ 0	\$ 189.000	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 147.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 147.600	\$ 0	\$ 0	\$ 147.600
SUBTOTALES:													\$ 147.600	\$ 0	\$ 0	\$ 147.600

[illegible]

TOTAL	\$ 336.600
--------------	-------------------