

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	930210
			Fecha Elaboración	30 de abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A			ID de Proceso	15814-507104
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER carmendelahoz60@misena.edu.co	C.C.	32.641.885
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	52039
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:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	47456292310
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:	1310885/2020	N° Compromiso SIIF	18520	
Valor Total del Contrato	\$ 17.915.065	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.340.239	4	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.733.179		01/04/2020	30/04/2020
		Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.607.060	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	\$ 3.607.060	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.097.399			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	2.097.399,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.442.824	\$ 1.442.824	Valor Base retención en la fuente ICA	3.195.760,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.400	\$ 180.400	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.900	\$ 230.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL III	\$ 35.200	\$ 35.200	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	31.958,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ 175.100	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ 224.128	\$ -	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	\$ 699.133	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.575.102,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD -SERVICIOS FARMACEUTICOS EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULAD COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO. FICHAS TECNOLOGO REGENCIA EN FARMACIA 1956134, 1805403 y 1963951				
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.			CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER 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.			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				
YIZY YELINE CORTES PADILLA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				



CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2020-03
Período Salud : 2020-03

Se certifica que en la fecha 2020-03-26 la empresa CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER con documento de identificación CC 32641885 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante DE LA HOZ HOYER CARMEN MARIA identificado con CC-32641885, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-32641885		CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8605284014	I	2020-03-26	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único

32641885

Valor a Pagar \$:

418.900=

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

8601218292

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie en la sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar:

Año: 2020 Mes: 05

ESTIMADO CLIENTE, INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TIENE LA COPA DE ESTE FORMATO. EL SUPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA, RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SUPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

AVV 818 20200326 10:34 SC 373 LINEA D
VR PAGADO: 418,900.00
NUMRE:ASOPAGOS
DIANE:8601218292
PIN:103455
Fecha Aplicación: 20200326
Estimado cliente: Verifique los datos de su Planilla, después de retirarse de la Planilla no se aceptan reclamos.