SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVIC

Código Regional	11
Código Centro	940610
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	69933-220081

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	FABIO NIÑO FIERRO fninof@misena.edu.co	C.C.	19.307.811	IP/N° de contacto	115
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	SI
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	550007200162571
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:	1409790/2020			N° Compromiso SIIF	22720		
Valor Total del Contrato	$ 32.400.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.920.000	2	Del	01/03/2020	Al	31/03/2020	$ 3.600.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.320.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.600.000	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	$ 480.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 4.080.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.842.650	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	---------	672804459
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.440.000	$ 877.603
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.000	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidandad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 7.600	$ 4.600
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	$ 109.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.600	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 947.550	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.842.650,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.420.000,00	
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	33.037,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	$ 3.566.963,00	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades de planeación, seguimiento de la formación, coordinación de cursos complementarios para la policía nacional

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.

FABIO NIÑO FIERRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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 periodo 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,

DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ
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

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

Planillas / Resumen de pago

Fecha de Pago	3/2/2020 12:00:00 AM
Periodo Cotización Salud	2/2020
Empresa	FABIO NIÑO FIERRO
NIT	19307811
Número de Radicación	572804459
Número Autorización	553537366
Número de Administradoras	2
Número de Empleados	1
Total Pagado	$114,400.00
Medio de Pago	Pago Electronico por PSE
Banco	BANCO DAVIVIENDA

Código	NIT	Nombre	*Número de incapacidad(es) y/o licencia(s) de incapacidad	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado	Num. Afiliad
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			$4,600.00	1
MIN001	900462447	ALIANSALUD EPS S.A.		$0.00	$108,800.00	1
					$114,400,00	

Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1030791-	FABIO NIÑO FIERRO	☑		

PERIODO DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSION, RIESGOS, SENA, CCF, ESAP, ICBF MES	PENSION, RIESGOS, SENA, CCF, ESAP, ICBF AÑO
2020	2	2020	4103446

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaammdd)	No. AUTORIZACION
CLL 74 N 86-40 APTO 310	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4852498		FABIO.NINO.F@GMAIL.COM	7490	0	1	20200303	572904459

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No. AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LICMATERNIDAD No. AUT	LICMATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA GBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC. SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS001	830113831-0	108.800	0		0		0	108.800	0	0	0	108.800	0		0	0	108.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No. AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	4.600		0	0	4.600
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	4.600		0	46	4.600

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	0
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	2

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	APORTES SALUD INT MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	0	0
SALUD	108.800	108.800
RIESGOS LABORALES	4.800	4.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	114.400	114.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

OLDMUTUAL

Dirección: Av. 19 N° 109A - 30
Teléfono: (571) 658 4000
Bogotá - Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517526
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A.
como administradora de Fondo de Pensiones Obligatorias
Nit 800.253.055-2

Certifica a:
quien interese

Que el Señor(a) FABIO NIÑO FIERRO identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 19.307.811 se encuentra pensionado(a) por Vejez desde el 01 de Diciembre de 2012 bajo la modalidad de Retiro Programado.

El monto de la mesada pensional es de $3.679.652 (tres millones seiscientos setenta y nueve mil seiscientos cincuenta y dos Pesos m/cte).

De dicho valor se realizan los siguientes descuentos:

- **Salud** $441.600

3.951.603
Δ 272.041
0 7,39%

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. como entidad privada no emite resoluciones, en su lugar, se expide la presente certificación en Bogotá el 17 de Diciembre de 2019 a solicitud del pensionado(a).

Si desea información adicional, con gusto será atendida en nuestro Contact Center en el correo cliente@oldmutual.com.co o en el telefono 6584000 en Bogotá, y a la línea nacional 01 8000517526.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de servicio al cliente

Scanned with CamScanner