

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.		Código Regional	11
			Código Centro	950810
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	15166-101239

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: AMIRA DEL SOCORRO AMPUDIA ARRIAGA		C.C. 26.391.742	IP/N° de contacto 3108560155	
Correo electrónico contratista: aampudiaa@sena.edu.co				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? NO	Es declarante de renta? SI	Es Pensionado? SI	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 SI	Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 18856432391		
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1408726/2020	N° Compromiso SIIF 24020			
Valor Total del Contrato \$ 36.638.116	N° Pago 8	Periodo objeto de pago Del 01/09/2020 Al 30/09/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 13.391.863		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 9.601.713				

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, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.416.151				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente 2.416.151,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	8344970526	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA 3.600.550,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 0	\$ 0	\$ 0	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 \$ 8.000	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 34.781,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ 1.139.424 \$ 379.015	\$ 379.015	\$ 379.015	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 805.384	\$ 805.384	\$ 805.384	VALOR A PAGAR \$ 3.755.369,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Ficha 2166670 – Manejo intermedio de la herramienta de hojas de cálculo Excel Ficha 2174738 Word básico Ficha 2174740 Manejo basico de la herramienta de hojas de calculo Excel Ficha 2178633 Word básico Ficha 2189249 – Manejo intermedio de la herramienta de hojas de cálculo Excel Ficha 2189247 – Microsoft Power Point Ficha 2195069 Manejo básico de herramientas Ofimáticas I Ficha solicitada - Manejo básico de la herramienta de hojas de calculo Excel	

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.	AMIRA DEL SOCORRO AMPUDIA ARRIAGA 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, ANDREA PAOLA SUESCA VIASUS PROFESIONAL G01

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

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): AMIRA DEL SOCORRO AMPUDIA ARRIAGA
No. Identificación: CC26391742
Dirección: CALLE 142 13 - 33 APTO 607
Telefono: 2589837
Correo: amiraampudia@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8344970526

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	AMIRA DEL SOCORRO AMPUDIA ARRIAGA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC26391742	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2020
Número de planilla	8344970526	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2020
Fecha pago	2020-09-10	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	44970526	Total Pagado	197600
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8000	1
EPS005	Sanitas EPS	189600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 26391742
APELLIDOS Y NOMBRES: AMIRA DEL SOCORRO AMPUDIA ARRIAGA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005		1516060	0	1516060	0	189600	0	0	0	8000	0