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** | **Octubre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **06404-450104** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** MARIO ESPER PEREZ GUTIERREZ
**Correo electrónico contratista:** mperezg@misena.edu.co
**C.C.** 19.385.184 **IP/Nº de contacto** 15606

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000** NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24061618510

**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

**Nº del contrato:** 1357718/2020 **Nº Compromiso SIIF** **14920**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.840.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 9.120.000 | **9** | **Del** | **01/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 3.600.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.520.000 | | 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 | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.600.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.392.200** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Octubre | Septiembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8345642660** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.440.000 | $ 1.440.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 180.000 | $ 180.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 230.400 | $ 230.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.100 | $ 15.100 |
| 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 | $ 797.400 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.392.200,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.189.600,00 | |
| 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 | 30.812,00 | 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** | **$ 3.569.188,00** | |

**SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Curso complementario virtual 40 horas " Técnicas de preparación de bebidas a base de café espresso" 63530093
Soporte pago seguridad social numero de planilla 8345642660 correspondiente al mes de septiembre
talleres virtuales aprendices mes octubre fichas: 2065817, 2065827, 2065829, 2065830
Asistir charla coordinación A y B
Reporte horas Sofia Plus
Diplomado ACODRES - SENA

**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.

**MARIO ESPER PEREZ GUTIERREZ**
**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,

**CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE**
**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**

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

**Señor(a):** MARIO ESPER PEREZ GUTIERREZ
**No. Identificación:** CC19385184
**Dirección:** CRA. 109 A # 83-50
**Telefono:** 2286859
**Correo:** mario_perez59@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8345642660

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIO ESPER PEREZ GUTIERREZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC19385184 | **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2020 |
| **Número de planilla** | 8345642660 | **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2020 |
| **Fecha pago** | 2020-09-29 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 33355844 | **Total Pagado** | 425500 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8345642660

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 15100 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 230400 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 180000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19385184
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIO ESPER PEREZ GUTIERREZ

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 1440000 | 1440000 | 1440000 | 0 | 180000 | 0 | 230400 | 0 | 15100 | 0 |

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



PAGO DE FACTURAS

FILA BP

NUM APROBACION:33355844

NUM REFERENCIA:000000834564266O

NUM IDENTIFICACION:19385184

PERIODO: 2020-09

FECHA EFECTIVA:2020-09-29

VALOR: 425.500

MAR29 SEP 20 14:32:34

273-02992161-244

783776-935473-744621-340260-42

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.

AGT 12585 CLR 1051892871

09175659-344537