

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	Nombre Sucursal		Código Sucursal	
Documento	CC1022350884	Dirección	CLL 22 SUR 29C 23 SANTANDER		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3204009714		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA		
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	Identificación	CC1022350884		
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pension			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022350884	LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	0	59																	0	30	30	30	0	PORVENIR	\$1.516.060	\$242.600	COMPENSAR EPS	\$1.516.060	\$189.600	\$0	\$1.516.060	\$8.000	NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAB	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.516.060	\$1.516.060	\$1.516.060	\$0	\$242.600	\$189.600	\$8.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440.200	\$0	\$440.200

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Regional	25
			Código Centro	923210
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAM			ID de Proceso	86478-428253
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS lsandovals@sena.edu.co	C.C.	1.022.350.884
Correo electrónico contratista:		IP/Nº de contacto 0		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 NO		Es declarante de renta? NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Es Pensionado? NO		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 SI		Inducción SST SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI		Tipo de cta AHORROS		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO		Nº Cuenta 2300183239		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 NO		
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: 259232030/2020		Nº Compromiso SIIF		5020
Valor Total del Contrato \$ 39.796.575		Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 8.970.022		Del 01/10/2020		Al 31/10/2020
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.179.872		Comisiones		\$ 0,00
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 \$ 2.234.201				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Octubre	Septiembre	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		1032706592		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 1.516.060		\$ 1.516.060		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 189.600		\$ 189.600		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 242.600		\$ 242.600		
ARL \$ -		\$ -		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.000		\$ 8.000		
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		\$ 379.015		
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 744.734		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		
			Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	
			Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
			Valor base IVA 0,00	
			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
			Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
			Menos Retención IVA 0,00	15%
			Reteica - 8299 20.148,00	0,600%
			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 \$ 3.770.002,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
2202883 Definir necesidades de información de la gestión del talento humano de acuerdo con los requerimientos: 12 horas 2161346 PROMOVER LA INTERACCION IDONEA: 10 HORAS 2167341 PROMOVER LA INTERACCION IDONEA: 7.5 HORAS 2202882 Definir necesidades de información de la gestión del talento humano de acuerdo con los requerimientos: 15 HORAS 2141346 PROMOVER LA INTERACCION IDONEA: 8 HORAS 2186034 PROMOVER LA INTERACCION IDONEA: 5 HORAS 2067945 PROMOVER LA INTERACCION IDONEA: 15 HORAS HORAS NOCHE LEARNING: 6 HORAS, PLANEACION DE LA FORMACION:10 HORAS, TRABAJO DE PLATAFORMA SOFIAPLUS: 10 HORAS, CADENA DE FOR APOYO A EVALUACION SEGUNDA OFERTA: 8HORAS, REUNION EQUIPO EJECUTOR:8 HORAS ,PLENEACION PEDAGO: 37 HORAS TOTAL:159 HORAS				
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.			LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02	
EL ORDENADOR DEL PAGO				
ROBERTO PRIETO LADINO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				