

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:		JOSE ANTONIO MORENO LOPEZ		C.C.		16.455.493		IP/N° de contacto		3137808103	
Correo electrónico contratista:		jmorenol@sena.edu.co									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI	
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		24242648265	
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:	1310860/2020	Nº Compromiso SIIF			14820		
Valor Total del Contrato	\$ 36.266.666	N ° Pago 11	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.400.000,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.213.333		Del	01/11/2020	Al		30/11/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.813.333		Comisiones				\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.400.000	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	\$ 3.400.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.259.300	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	8610088500	Valor Base retención en la fuente	2.259.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.360.000	\$ 1.360.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.012.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 170.000	\$ 170.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 217.600	\$ 217.600	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 V	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Reteica - 300	6.025,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	-		0,00	
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	\$ -	-			
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	-	Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 753.100	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$ 3.393.975.00	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir el objeto y alcance del contrato, de acuerdo con la programación asignada por Coordinación Académica en el marco de las políticas de calidad, pertinencia y eficacia.

Rendir informes académicos que contengan novedades de los aprendices (llamados de atención por escrito, inasistencia reiterada, resultado del plan de mejoramiento, actividades complementarias bien sean académicas v/o actitudinales)

Registrar los resultados de la emisión de juicios (criterios) de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje o novedades del aprendiz en tiempos

Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual específico y que el Centro de formación demande

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.

JOSE ANTONIO MORENO LOPEZ
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.

NELSON PINO SALAZAR
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

RAZON SOCIAL:	MORENO LOPEZ JOSE ANTONIO
IDENTIFICACION:	CC-16455493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-10
FECHA DE PAGO:	2020-11-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610088500
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8681443355
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	\$ 0	\$ 170.000	\$ 170.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 217.600	\$ 217.600
Total a pagar				\$ 0	\$ 387.600	\$ 387.600

EMPRESA: EFFECTIVO LTDA.
NIT 330.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

PAGO DE FACTURAS

1139 PLANTILLA ASISTIDA ASOPAGOS

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8681443355

NUMERO DE APROBACION 5051

Fecha: 10/11/2020 09:15:43

DV: 782977

NUM. TRANSACCION 1022601494

Valor \$387.600,00

----- COPIA -----

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE
IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO
OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 01 8000
512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE
ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO,
PROYECTO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO
DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO
ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI
INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A
LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO,
INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO
LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS
CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO
CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE
OCCIDENTE S.A. NO ASUMIRA LA
RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS
POSTERIORES.

PS Recaudador: 991220 POPAYAN BARRIO
LA PAZ

Cajero: YOCRICHARE

Recibi Conforme: _____

C.C. _____