

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ		Código Regional	15
			Código Centro	951410
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
	CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA- BOYACA - SERV		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	26074-734504
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		HECTOR HERNANDO ROSAS NIÑO	C.C.	74.084.439
Correo electrónico contratista:		hrosasn@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3125971236
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 DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	397183195
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:	1330467/2020	N° Compromiso SIIF	9520	
Valor Total del Contrato	\$ 37.213.900	N° Pago	10	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 4.937.767	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2020 Al 30/11/2020	\$ 3.613.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.324.767	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.613.000	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	\$ 3.613.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.400.750			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.400.750,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	8346529085		Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.445.200	\$ 1.445.200	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 180.700	\$ 180.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 231.300	\$ 231.300	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL V	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ 0	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 800.250	\$ 0	VALOR A PAGAR	\$ 3.613.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ 0		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020 según objeto de contrato de prestación de servicios.				
Código de fichas: 1905197, 2224388, 2224389.				
TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS = 92.				
TOTAL HORAS ACTIVIDADES ADICIONALES = 40.				
TOTAL HORAS MES = 132.				
Todas las actividades están registradas en el sistema SOFIA PLUS en el periodo correspondiente.				
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.			HECTOR HERNANDO ROSAS NIÑO 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 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.			JOSE HERNANDO HERRERA MENDOZA 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				
GERMAN ANTONIO ORJUELA MEDINA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Señor(es): HECTOR HERNANDO ROSAS NINO
Nit: CC 74084439
Dirección: CARRERA 20 # 11 - 10
Teléfono: 0000000 **Fax:**
Ciudad: SOGAMOSO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	HECTOR HERNANDO ROSA
Tipo y número de identificación	74084439
Número de radicación planilla	8346529085
Fecha de pago	11/9/2020
Número de autorización de pago	1000000270
Banco	1001
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo colización salud	Octubre 2020
Periodo colización pensión	Octubre 2020
Periodo colización caja	Octubre 2020
Número de administradoras	2
Total Pagado	\$412.000
Total interes mora	\$0

[illegible]

PAGE AD 00270