SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**11**
Código Centro	**101000**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**18996-021595**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAULA ANGELICA ROA HERNANDEZ	**C.C.**	1.019.105.295	**IP/Nº de contacto**	4178
Correo electrónico contratista:	paularoah@gmail.com				

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 ?** SI

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 550005800362666

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:	1329993/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**14720**		
Valor Total del Contrato	$ 34.870.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.340.000	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al** **30/11/2020**	**$ 3.170.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.170.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.170.000	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	**$ 3.170.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.106.450**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9412069145**	Valor Base retención en la fuente	2.106.450,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.268.000	$ 1.268.000	Valor Base retención en la fuente ICA	2.808.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.500	$ 158.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 202.900	$ 202.900	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 I	$ 6.700	$ 6.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	27.131,00	0,966%
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	$ -		-	0,00	
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 702.150		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.142.869,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientacion personalizada apersonas victimas del conflicto armado en el aplicativo APE, como tambien a lideresas sociales.
Desarrollo de talleres de orientacion frente a la inscripcion y procedimiento para aplicar a los servicios de SENA Sofia.
Registro de información verídica y confirmada en el aplicativo de la agencia publica de empleo.
Se realiza la respectiva orientacion para que la publicacion de perfiles por medio de empresarios se realice correctamente.
Seguimiento a las solicitudes publicadas en el aplicativo, esto con el fin de identificar la contratacion.
Apoyo en divulgacion de informacion referente a los servicios que ofrece La Agencia Publica de Empleo.
Orientación y registro de los usuarios víctimas del conflicto armado, orientacion ocupacional brindada telefonicamente.
Atencion a poblacion migrante realizando inscripcion, orientacion ocupacional e intermediacion laboral.
Desarrollo de informes.

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.

PAULA ANGELICA ROA HERNANDEZ
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,

ANA MILENA ANGEL PARRA
PROFESIONAL G06

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

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
DIRECTOR REGIONAL A G08

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019105295		ROA HERNANDEZ PAULA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 152B NUMERO 59-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6956981	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	782366085	9412069145	I	2020/11/25	2020/10/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$398,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																							$1,268,000	$202,900			$1,268,000	$189,300			$0	$0			$1,268,000	$6,700		$0	$0		$398,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)																							$1,268,000	$202,900			$1,268,000	$189,300			$0	$0			$1,268,000	$6,700		$0	$0		$398,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$1,268,000	$202,900			$1,268,000	$189,300			$0	$0			$1,268,000	$6,700		$0	$0		$398,900
1	TI	1031610249	ROA JUAN																			0	$0	$0	EPS005	30	$0	$30,800		0	$0	$0			$0	$0	0	$0	$0	No	$30,800
2	CC	1019105295	ROA PAULA																		25-14	30	$1,268,000	$202,900	EPS005	30	$1,268,000	$158,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,268,000	$6,700	0	$0	$0	No	$368,100
Total			**Afiliados(2)**																				$1,268,000	$202,900			$1,268,000	$189,300			$0	$0			$1,268,000	$6,700		$0	$0		$398,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019105295		ROA HERNANDEZ PAULA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 152B NUMERO 59-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6956981	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	782366085	9412069145	I	2020/11/25	2020/10/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$398,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$202,900	$0	$0	$202,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$202,900	$0	$0	$202,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,700	$0	$0	$6,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$189,300	$0	$0	$189,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$189,300	$0	$0	$189,300
TOTAL				1	$398,900	$0	$0	$398,900