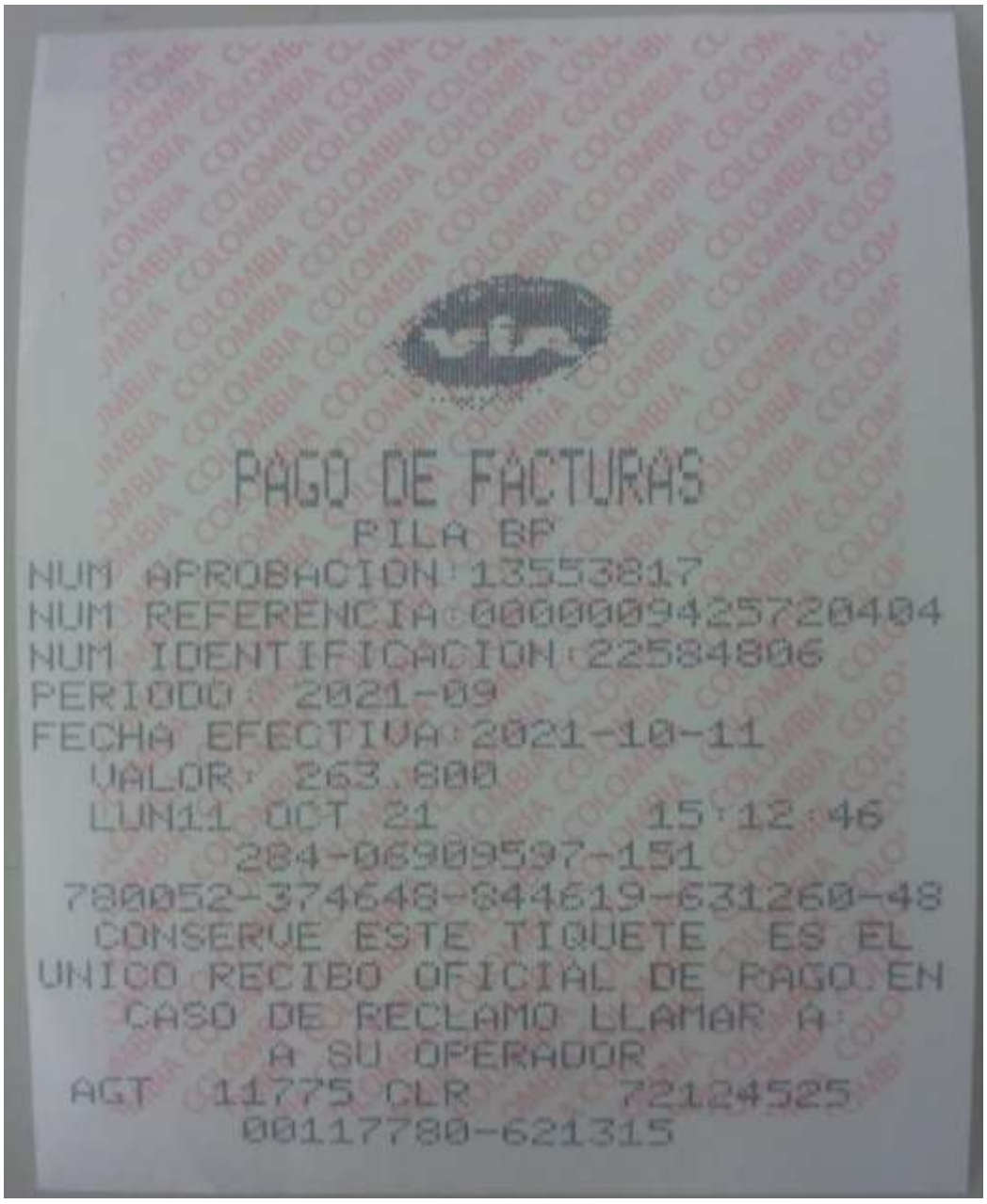


PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:13553817

NUM REFERENCIA:000000942572040 4

NUM IDENTIFICACION:22584806

PERIODO: 2021-09

FECHA EFECTIVA:2021-10-11

VALOR: 263.800

LUN11 OCT 21 15:12:46

284-06909597-151

780052-374648-844619-631260-48

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

AGT 11775 CLR 72124525

00117780-621315

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22584806		ACOSTA CORRO INES AMINTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ccr 5 # 7-52	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	13553817	9425720404	I	2021/10/04	2021/10/11	BANCO DE OCCIDENTE	7	$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Ciudad: PUERTO COLOMBIA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
1	CC	22584806	ACOSTA INES	230301	30	$908,526	$145,400	EPS025	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22584806		ACOSTA CORRO INES AMINTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ccr 5 # 7-52	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	13553817	9425720404	I	2021/10/04	2021/10/11	BANCO DE OCCIDENTE	7	$263,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$263,800	$0	$0	$263,800

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION-ATLANTICO - BIENESTAR APRENDICES
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente: 899.999.034-1**
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	8
Código Centro	920810
Fecha Elaboración	Octubre de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3.21
ID de Proceso	06075-548950
No. de documento	236862

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	INES AMINTA ACOSTA CORRO	**C.C.**	22.584.806	**IP/Nº de contacto**	52224
Correo electrónico contratista:	inesac2009@hotmail.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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	416522005519
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 2021 supera los $ 119'806.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2181479/2021			**Nº Compromiso SIIF**	22821	
Valor Total del Contrato	$ 33.437.450	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.687.490	9	**Del**	01/10/2021	**Al** 31/10/2021	$ 3.343.745,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.343.745		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA DESARROLLAR TALLERES Y EVALUACIONES DE FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS ACTITUDINALES DE LOS APRENDICES PARA SU ADAPTACIÓN A LA VIDA LABORAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR AL APRENDIZ, EN ARTICULACIÓN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.343.745		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.343.745**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.221.909**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	**9425720404**	Valor Base retención en la fuente	2.221.909,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.337.498	$ 1.337.498	Valor Base retención en la fuente ICA	2.962.545,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.200	$ 167.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.000	$ 214.000	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	$ 7.000	$ 7.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	29.625,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	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 $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 740.636		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.314.120,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLAN MEJORAMIENTO PAULA ARBELAEZ - INDUCCION JORNADA WEB - INDUCCION
ACTIVIDAD COORDINACION BIENESTAR - APOYO ENTREGA DE ALMUERZO CENTRO INDUSTRIAL DE AVIACION
APOYO BIENVENIDOS AL MUNDO LABORAL - APOYO FESTIVAL CULTURA DE CANTO VOCES DE ESPERANZA
PLAN DE MEJORAMIENTO - SOCIALIZACION DEL REGLAMENTO Y SERVICIOS DE BIENESTAR JORNADA 24 HORAS
TALLER HABILIDADES BLANDAS JORNADA 24 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.

INES AMINTA ACOSTA CORRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.

Autorizo el presente pago:
El Supervisor,

MARYURI CERVANTES DE LA HOZ
PROFESIONAL G02

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

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02