

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA		COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA		Código Regional	5				
					Código Centro	950410				
					Fecha Elaboración	Julio de 2023				
					Versión	ENERO 2023 - 1,23				
				ID de Proceso	33002-122091					
DATOS DEL CONTRATISTA										
Nombres y apellidos contratista:		LEIDY CAROLINA CANO MUNOZ		C.C.	1.000.781.173	IP/N° de contacto	1911564712			
Correo electrónico contratista:		carolinamunoz901@gmail.com								
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Inducción SST		SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta		AHORROS	N° Cuenta		22169424954	
				Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO										
N° del contrato:		4858740/2023		N° Compromiso SIIF		77423				
Valor Total del Contrato		\$ 33.047.762		N ° Pago		4		Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 22.532.565		Del		01/07/2023		Al		31/07/2023
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 18.435.735		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00				
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE BILINGÜISMO, MODALIDAD PRESENCIAL EN EL COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO.								
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO										
Ingresos por honorarios		\$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%				
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.096.830		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0				
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.408.585		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR										
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.408.585,00		TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.638.732		\$ 1.638.732		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.629.730,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 204.900		\$ 204.900		Valor base IVA		0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 262.200		\$ 262.200		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		\$ 8.600		\$ 8.600		Menos Retencion IVA		0,00		15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		\$ -		Reteica - 8299		0,00		0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		\$ -				0,00		
Aportes voluntarios a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		\$ -		Jaime Isaza Cadavid		16.387,00		0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		\$ -		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		\$ -		\$ -						
Dependientes hasta		\$ 1.357.184		\$ 409.683		Descuentos de Libranza		0,00		
Salud hasta		\$ 678.592		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00		
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123		\$ 802.862						
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -		VALOR A PAGAR		\$4.080.443,00		
SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE										
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO										
Participación de los comités y reuniones que sean convocados por los equipos ejecutores y coordinación académica										
Ejecución de la formación profesional integral en los programas: 2500100 2712496 2712513 2712555 2769923										
Se ejecuta la formación siguiendo los lineamientos de la institución.										
Se ejecutó la formación de manera presencial.										
Se cumple con el número de horas por semana y mes, de acuerdo a solicitudes de las diferentes redes de conocimiento										
Se hizo uso de las diferentes herramientas y plataformas										
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.										
LEIDY CAROLINA CANO MUNOZ 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,										
NELLIS MARIA BEJARANO CHANTAC PROFESIONAL G08										
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										
JORGE ANDRES ARIAS HERNANDEZ										
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)										

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1000781173	LEIDY CAROLINA CANO MUÑOZ		carrera 104a #73-62	2457358	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	APARTADÓ	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	69140815	\$359.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comfama	890900841-9	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	359.900	359.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000781173	LEIDY CAROLINA CANO MUÑOZ		carrera 104a #73-62	2457358	carolinamunoz901@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	APARTADÓ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	69140815	\$359.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000781173	CANO MUÑOZ LEIDY CAROLINA	59	0	N																				230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100	CCF04	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000781173	LEIDY CAROLINA CANO MUÑOZ		carrera 104a #73-62	2457358	carolinamunoz901@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	APARTADÓ		
							SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
69140815	13/07/2023				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2023-06	2023-06	N	24/07/2023	69548941	\$149.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	59.900	0		0		0	5	400	0	60.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	76.600	0	0	0	0	5	500	0	77.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.500				2.500	5	100	2.600			25	2.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comfama	8909000841-9	9.600	5	100	9.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	59.900	60.300
Pensión	1	76.600	77.100
Riesgos Laborales	1	2.500	2.600
CCF	1	9.600	9.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	148.600	149.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000781173	LEIDY CAROLINA CANO MUÑOZ		carrera 104a #73-62	2457358	carolinamunoz901@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	APARTADÓ	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
69140815	13/07/2023				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	N	24/07/2023	69548941	\$149.700

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000781173	CANO MUÑOZ LEIDY CAROLINA	59	0		N																		230301	1.638.732	262.200	0	0	0	0	EPS010	1.638.732	204.900	14-23	1.638.732	1	8.600	CCF04	1.638.732	32.800	0	0	0	0	0	

PAGADA