

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.</p>		<p>Código Regional</p>	11
			<p>Código Centro</p>	940610
			<p>Fecha Elaboración</p>	Octubre de 2023
			<p>Versión</p>	ENERO 2023 - 1,23
			<p>ID de Proceso</p>	46362-087479

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARGARITA MARIA TORRES CUELLAR Correo electrónico contratista: margaritatorres@misena.edu.co	C.C. 52.622.953	IP/N° de contacto 0		
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO	Es declarante de renta? ☒ SI	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 57461704877		
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: 5320140/2023	N° Compromiso SIIF 73823			
Valor Total del Contrato \$ 14.712.600 Saldo Anterior del Contrato \$ 9.895.200 Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.989.200	N° Pago 3	Periodo objeto de pago Del 01/10/2023 Al 31/10/2023	Valor Bruto Pago \$ 3.906.000,00	
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	11_9406_569_Contratar la Prestación de servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulado y/o complementario presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de
---	---

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.906.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.906.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.583.225	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	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.583.225,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.562.400	70879477	Base retención en la fuente a título de ICA 3.460.700,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 195.300	\$ 1.562.400	Valor base IVA 0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 250.000	\$ 195.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 250.000	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%	
ARL \$ 16.400	\$ -	Menos Retención IVA 0,00	15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención Renteica - 8299 33.430,00	0,966%	
\$ 976.500	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	\$ -	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 \$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00		
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
Salud hasta \$ 678.592	\$ -	VALOR A PAGAR \$3.872.570,00		
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123	\$ 861.075			
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -			

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Impartí formación con la intensidad horaria correspondiente para cada una de las fichas programadas de complementaria virtual de Cocina Internacional a la ficha: 2858066 y de Gastronomía Colombiana a la ficha: 2858068 y a las otras correspondientes al mes. Apoye en los procesos de compra de materia prima del centro, como asesor técnico.	

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.	 MARGARITA MARIA TORRES CUELLAR 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, CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE 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
SONIA YAMILE ACUNA LESMES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52622953	MARGARITA MARIA TORRES CUELLAR		calle 152 No 48 04 Torre 7 Apto 227	6014870775	margaritamariatorres@yahoo.co m	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	13/09/2023	70879483	\$493.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	195.300	0		0		0	0	0	0	195.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	250.000	0	0	0	0	0	0		250.000	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	16.400				16.400	0	0	16.400			164	16.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.300	0	0	31.300	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	195.300	195.300
Pensión	1	250.000	250.000
Riesgos Laborales	1	16.400	16.400
CCF	1	31.300	31.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	493.000	493.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52622953	MARGARITA MARIA TORRES CUELLAR		calle 152 No 48 04 Torre 7 Apto 227	6014870775	margaritamariatorres@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-08	2023-08	I	13/09/2023	70879483	\$493.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	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	52622953	TORRES CUELLAR MARGARITA MARIA	59	0		N																			25-14	1.562.400	250.000	0	0	0	0	EPS008	1.562.400	195.300	14-23	1.562.400	2	16.400	CCF24	1.562.400	31.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	MARGARITA MARIA TORRES CUELLAR	NIT:	52622953
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2023
Número de Radicación:	70879477	Total a pagar:	\$493,000
Fecha de vencimiento:	12/10/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	04/10/2023	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	Número Autorización:	198719664
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$16,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$250,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$31,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$195,300
						\$493,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.