SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**30 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**59661-567856**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YAMILE IBETH SANTIAGO ARIZA	**C.C.**	45.507.893	**IP/Nº de contacto**	52009
Correo electrónico contratista:	yamibeth.santiago@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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: BANCO COOMEVA S.A. **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 80100618301

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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1310781/2020 **Nº Compromiso SIIF** **18020**

Valor Total del Contrato	$ 13.436.299	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.755.179	**4**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 2.705.295,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.049.884		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.705.295		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	**$ 2.705.295**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.596.596**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9404102034**	Valor Base retención en la fuente	1.596.596,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.082.118	$ 1.082.118	Valor Base retención en la fuente ICA	2.396.795,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 135.300	$ 135.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 173.200	$ 173.200	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 I	$ 5.700	$ 5.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	23.968,00	1,000%
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	$ 268.000				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 532.199		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.681.327,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL ÁREA DE SALUD PUBLICA - SALUD ORAL EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLÁNTICO.FICHA 2025691- EN LA COMPETENCIA ASISTIR EL SERVICIO ODONTOLÓGICO SEGÚN NORMATIVA DE SALUD. planilla adicional por modificación en el IBC 9405053513

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.

YAMILE IBETH SANTIAGO ARIZA
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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 45507893		SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 70 - 1-1	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3571952	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	46468742	9404102034	I	2020/04/23	2020/03/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$306,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,056,000	$169,000			$1,056,000	$132,000			$0	$0			$1,056,000	$5,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,056,000	$169,000			$1,056,000	$132,000			$0	$0			$1,056,000	$5,600		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,056,000	$169,000			$1,056,000	$132,000			$0	$0			$1,056,000	$5,600		$0	$0
1	CC	45507893	SANTIAGO YAMILE	25-14	30	$1,056,000	$169,000	EPS005	30	$1,056,000	$132,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,056,000	$5,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,056,000	$169,000			$1,056,000	$132,000			$0	$0			$1,056,000	$5,600		$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 45507893		SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 70 - 1-1	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3571952	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	46468742	9404102034	I	2020/04/23	2020/03/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$306,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$169,000	$0	$0	$169,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$169,000	$0	$0	$169,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,600	$0	$0	$5,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,600	$0	$0	$5,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,000	$0	$0	$132,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$132,000	$0	$0	$132,000
TOTAL				**1**	**$306,600**	**$0**	**$0**	**$306,600**

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 45507893		SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 70 - 1-1	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3571952	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	14207339	9405053513	N	2020/04/23	2020/04/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$7,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$26,118	$4,200			$26,118	$3,300			$0	$0			$26,118	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$26,118	$4,200			$26,118	$3,300			$0	$0			$26,118	$100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$26,118	$4,200			$26,118	$3,300			$0	$0			$26,118	$100		$0	$0
1	CC	45507893	SANTIAGO YAMILE	25-14	30	($1,056,000)	($169,000)	EPS005	30	($1,056,000)	($132,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,056,000)	($5,600)	0	$0	$0
2	CC	45507893	SANTIAGO YAMILE	25-14	30	$1,082,118	$173,200	EPS005	30	$1,082,118	$135,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,082,118	$5,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$26,118	$4,200			$26,118	$3,300			$0	$0			$26,118	$100		$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 45507893		SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 70 - 1-1	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3571952	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	14207339	9405053513	N	2020/04/23	2020/04/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$7,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,200	$0	$0	$4,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$4,200	$0	$0	$4,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$0	$0	$100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$0	$0	$100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,300	$0	$0	$3,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$3,300	$0	$0	$3,300
TOTAL				1	$7,600	$0	$0	$7,600