

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ATLÁNTICO		Código Regional	8
			Código Centro	930210
			Fecha Elaboración	31 de mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A			ID de Proceso	37385-880183
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CARLOS ARTURO MIRANDA BLANQUICETT		C.C. 8.768.688	IP/N° de contacto 0	
Correo electrónico contratista: camiranda88@misena.edu.co				
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	N° Cuenta 027970020882	
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: ☐ NO				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI				
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: ☐ SI				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1309347/2020	N° Compromiso SIIF 17220			
Valor Total del Contrato \$ 17.915.065	N ° Pago 5	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.607.060,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 6.733.179		Del 01/05/2020	Al 31/05/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.126.119		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.607.060	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.607.060	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.266.991	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	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente 2.266.991,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	4334722765		Valor Base retención en la fuente ICA 3.383.360,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 1.442.824	\$ 1.442.824		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 180.400	\$ 180.400		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 43.300	\$ 43.300		Menos Retención en la Fuente 0,00	
ARL III \$ -	\$ -		Menos Retención IVA 0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -		Reteica - 8299 33.834,00	
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 \$ -	\$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 360.706	\$ 360.706		Otras Retenciones 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 755.664	\$ 755.664		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 3.573.226,00	
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Seguimiento a la etapa productiva de las siguientes fichas: 1. TGO DV 1734585 2. TGO GM 1734582 3. TO DOLCA 1906288 4. TO DOLCA 1906290 5. TO DOLCA 1964087				
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.			CARLOS ARTURO MIRANDA BLANQUICETT 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,	
			DORIS ESTER DEL TORO RUIZ INSTRUCTOR G20	
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)				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8768688
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ARTURO MIRANDA BLANQUICETT	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOLEDAD	DEPARTAMENTO: ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 38 26 77	TELÉFONO: 3421258
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4334722765	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/05/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990030978

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 43.300
SUBTOTAL:			1	\$ 43.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 180.400
SUBTOTAL:			1	\$ 180.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.600
SUBTOTAL:			1	\$ 7.600

TOTAL PAGADO:	\$ 231.300
----------------------	-------------------