SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**9541**
Fecha elaboración	**0ctubre 31 de 2019**
Versión	**2,19 feb-19**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUTH ESTELA TARAZONA VILLAMIZAR	**C.C.**	63.542.724	**IP/Nº de contacto**	3213147063
Correo electrónico contratista:	retarazona@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	290-000172-03
Sus ingresos en el 2018 fueron iguales o superiores a $46'418.000	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113´091.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	946508					**Nº Compromiso SIIF**	**64519**	
Valor Total del Contrato	$ 22.151.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**					**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.816.315	6	**Del**	1/10/2019	**Al**	31/10/2019		**$ 3.132.855,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.683.460		Comisiones			$ 0		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.132.855	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	Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.132.855**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.081.666**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**septiembre**	**8600090164**		Valor Base retención en la fuente	2.081.666,00	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**	Valor Base retención en la fuente ICA	2.775.555,00	
Ingreso Base de Cotización IBC	**octubre**	$ 1.253.142	$ -	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 156.700	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 200.600	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	III	$ 30.600	$ 0	Reteica	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.427.000	$ -		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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -				
Dependientes hasta	$ 1.096.640	$ -				
Salud hasta	$ 548.320	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 8.224.800	$ 693.889		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$ 3.132.855,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FECHA:1900550 TITULADA:Primera Infancia COMPETENCIA: Promoción de acciones en salud para el desarrollo integral de niñas y niños en la primera infancia
AP/ Reconoce los procesos del ser humano desde la preconcepción hasta la primera infancia y los integra la nuevo modelo de atención en salud.
HORA TOTAL: 45

FICHA:2016943 COMPLEMENTARIA:Primeros Auxilios COMPETENCIA: Aplicar cuidados de primer respondiente a las personas de acuerdo con el evento y normatividad vigente.
AP/Atender de manera oportuna en la aplicación de medidas y estrategias en la atención de un herido.
HORAS TOTAL: 48

FICHA:1804818 TITULADA: Enfermeria COMPETENCIA: Promover el mantenimiento de los patrones funcionales por etapa del proceso vital según normativa legal vigente.
AP/ Desarrollar Actividades Donde Se Apliquen Cuidados De Enfermería
HORAS TOTAL : 6
TOTAL HORAS MES: 99

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.

RUTH ESTELA TARAZONA VILLAMIZAR
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,

JULIO CESAR SAAVEDRA RUIZ
INSTRUCTOR G14

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

NELLY QUIROGA SANDOVAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02