

 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 marzo de 2020
			Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
		ID de Proceso	25477-906252	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	KELI YOHANA CHARRIS MEDRANO kcharris02@misena.edu.co		C.C.	1.046.269.668
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	52155
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
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				
N° del contrato:	1367740/2020	N° Compromiso SIIF	44620	
Valor Total del Contrato	\$ 32.357.450	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.235.650	2	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 27.052.950		01/03/2020	31/03/2020
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.182.700	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	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.182.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.876.148			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	1.876.148,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.273.080	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	2.819.800,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 159.200	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 203.700	\$ 140.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 6.700	\$ 4.600	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	28.198,00
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	\$ -		Otras Retenciones	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	\$ 318.270		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 625.383		VALOR A PAGAR	\$ 3.154.502,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>conmemoración del día de la mujer valor del mes la responsabilidad ciudadano ejemplar sena taller:trabajo en equipo taller:escenarios laborales orientación y seguimiento grupal reunión de voceros consejería y orientación</p>				
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.			KELI YOHANA CHARRIS MEDRANO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			MARELVIS MUÑOZ OCHOA PROFESIONAL G02	
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)				



PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2020-03-24, 01:39:07 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: marzo de 2020 Periodo Servicio: marzo de 2020 Referencia pago (PIN): 8816202920
Fecha límite de pago: 2020-04-17

GUARDADA 07/03/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELIS JOHANA CHARRIS MEDRANO		
Documento	CC1046269668	Dirección	calle 72 # 65-186
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3035427
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CAMPO DE LA CRUZ	Departamento	ATLANTICO
Representante Legal		Identificación	

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Administradores	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1046269668	CHARRIS MEDRANO KELI	03	00													PORVENIR	\$ 1.273.000	\$ 203.700	SALUD TOTAL EPS	\$ 1.273.000	\$ 159.200	NINGUNA ARP	\$ 0	\$ 0	NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 362.900	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSB	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.273.000	\$ 1.273.000	\$ 0	\$ 0	\$ 203.700	\$ 0	\$ 0	\$ 159.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 362.900	\$ 0	\$ 362.900

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora	Periodo de cotización salud											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadogruerías Cafam-Colsubsidio-



888816202920000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir



(415)7709998485884(8020)8816202920(3900)000000(96)20991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

BanCompartir

contigo

Mar 07 2020 - 11:31:38 ASDEM_V04_R32

PUNTO DE LIQUIDACION S

CARRERA 53 70 22 LOCAL

C. COMERCIO: 0508008650

TER: 00119341

RECIBO: 024313 RRN: 067934152561

Pago SIMPLE

Numero de autorizacion: 705946

Id del aportante: 8816202920

Numero de PIN: 8816202920

Periodo de liquidacion: 2020/02

Valor: \$ 362.900

Comision: \$ 0

Por favor valide que los datos impresos
en este comprobante sean correctos.

****CLIENTE****