



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- ATLÁNTICO

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	29 de febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO	C.C.	44.205.570	IP/N° de contacto	3008395706	
Correo electrónico contratista:	acaballero@misena.edu.co					
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	24037814168	
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 \$ 124.625.000			NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1335631/2020	N° Compromiso SIIF	30520
Valor Total del Contrato	\$ 16.231.770	N° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.231.770	Periodo objeto de pago	Del 03/02/2020 Al 29/02/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.706.828	Comisiones	\$ 0,00
		Valor Bruto Pago	\$ 2.524.942,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.524.942	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	\$ 2.524.942	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.677.782	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Febrero	Enero			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS		9402841160	Valor Base retención en la fuente	1.677.782,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.009.977	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.237.042,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 126.300	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 161.600	\$ 0	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	\$ 5.300	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	22.370,00	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	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 559.261		VALOR A PAGAR	\$ 2.502.572,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en el área de seguridad y salud en el trabajo, en los diversos programas de formación titulada y/o complementaria que maneja el centro de comercio y servicios de la regional atlántico en el marco del programa de articulación con la media, seguimiento a la formación y seguimiento etapa productiva de las fichas: 1830253, 1830251, 1830256, 1830149, 1830156.

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.

Ana Beatriz Caballero

ANA BEATRIZ CABALLERO FONTALVO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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 periodo 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.

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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
YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC-44205570		CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CA 15 N° 7C - 03 BRB LAS NUBES	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790493	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Pago					
2020-01	562665146	9402841160	2020/02/18	2020/02/12	\$271,700				

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)						\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0			\$877,803	\$21,400			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0			\$877,803	\$21,400			\$0		
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0			\$877,803	\$21,400			\$0		
1	CC 44205570	CABALLERO ANA	230201	30	\$877,803	\$140,500	EP5010	30	\$877,803	\$109,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$877,803	\$21,400	0		\$0		
Total Afiliados(1)						\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0			\$877,803	\$21,400			\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44205570		CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 15 N° 7C - 03 BRK LAS NUBES	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790493	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Pago	Valor
2020-01	562665146	9402841160	2020/02/18	2020/02/12 BANCO DAVIVIENDA	\$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							
1	CC 44205570	CABALLERO ANA	210001	30	\$877,803	\$140,500	EP5010	30	\$877,803	\$109,800	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$877,803	\$21,400	0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$21,400			\$0	\$0	