

 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	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A			ID de Proceso	19232-477068
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ		C.C. 32.768.079	IP/N° de contacto 3206179666	
Correo electrónico contratista: emmedina970@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 ? ☐ NO	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 47790995178	
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: 1327990/2020		N° Compromiso SIIF 28120		
Valor Total del Contrato \$ 12.985.416	N° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.704.862,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 5.050.029	Del 01/05/2020	Al 31/05/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 2.345.167	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.704.862	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, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.704.862	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.699.932				
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 1.699.932,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.081.945	9405872942	9405872942	Valor Base retención en la fuente ICA 2.537.062,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 135.300	\$ 135.300	\$ 135.300	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 32.500	\$ 32.500	\$ 32.500	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 \$ 5.700	\$ 5.700	\$ 5.700	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 25.371,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	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 A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 270.486	\$ 270.486	\$ 270.486	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 566.644	\$ 566.644	\$ 566.644	VALOR A PAGAR \$ 2.679.491,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Preparar área, equipos y elementos para el cambio de color y estructura del cabello según requerimientos técnicos y normas higiénico sanitarias vigentes. Cambiar el color del cabello de forma permanente, semi-permanente o temporal según la ficha diagnóstica, y técnicas de cosmética capilar; en el municipio de Soledad con el grupo de la ficha numero 1980561. Esta formación se imparte de manera virtual por medio de plataforma Zoom y videollamadas.				
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.			ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ 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,	
			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 SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

Datos Generales del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	elizabeth.mmm@hotmail.com	SOLEDAD-ATLANTICO	3206179666

Clave: **9405872942**

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2020/05/20	0	\$0	\$194,200
2020/05/21	0	\$0	\$194,200
2020/05/22	0	\$0	\$194,200
2020/05/26	0	\$0	\$194,200
2020/05/27	0	\$0	\$194,200
2020/05/28	0	\$0	\$194,200
2020/05/29	0	\$0	\$194,200
2020/06/01	0	\$0	\$194,200
2020/06/02	0	\$0	\$194,200
2020/06/03	0	\$0	\$194,200

Periodo Pensión: 2020-04

Periodo Salud: 2020-04

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	\$32,500
PORVENIR		1	\$32,500
ARL	1	1	\$26,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	\$26,400
EPS	1	1	\$135,300
CAJACOPI ATLANTICO		1	\$135,300
SUBTOTAL			\$194,200
COMISION OPERADOR			\$0
IVA			\$0
TOTAL			\$194,200

Canales de Pago

BANCARIOS



NO BANCARIOS



Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción \$1.000.000



Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción \$9.999.999

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon social		Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17 77 22	SOLEDAD-ATLANTICO		3165973	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2020-04	2020-04	624354763	9405872942	I	2020/05/20	2020/05/13	BANCOLOMBIA	0	\$194,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo			Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	Aporte				
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0	\$0			\$194,200
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0	\$0			\$194,200
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																								\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0	\$0			\$194,200
1	CC	32768079	MEDINA ELIZABETH																	230301	30	\$1,082,118	\$32,500	CCFC55	30	\$1,082,118	\$135,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,082,118	\$26,400	0	\$0	\$0	No	\$194,200				
Total Afiliados (1)																								\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0	\$0			\$194,200

RESUMEN DE PAGO												
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR				
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,500	\$0	\$0	\$32,500				
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$32,500	\$0	\$0	\$32,500				
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400				
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400				
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300				
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300				
TOTAL				1	\$194,200	\$0	\$0	\$194,200				