

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4402570		CABALLERO FONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 15 N° 7C - 03 BRR LAS NUBES	SANTO TOMAS ATLANTICO	8790493	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	
2020-04	626053877	9406162174	1	2020/05/19	2020/05/15
				Banco	Dias Mora
					0
					\$194,200

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	Días	IBC	Aporte		
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0		
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0		
1	CC 4402570	CABALLERO ANA	230071	30	\$1,082,118	\$32,500	EP5010	30	\$1,082,118	\$135,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,082,118	\$26,400	0		\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,082,118	\$32,500			\$1,082,118	\$135,300			\$0	\$0			\$1,082,118	\$26,400			\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e	
CC 44203570		CABALLERO PONTALVO ANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 15 N° 7C - 03 BRR LAS NUBES	SANTO TOMAS-ATLANTICO	8790493	ICBF	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	626053877	9406 162 174	1	2020/05/19	2020/05/15	BANCO DAVIVIENDA	0	\$194,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION				1	\$32,500	\$0	\$0	\$32,500	
	230201	800,229,739	0	1	\$32,500	\$0	\$0	\$32,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
				1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400	
	14-23	860,011,153	6	1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
				1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)				1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300	
	EP5010	800,088,702	2	1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300	
TOTAL				1	\$194,200	\$0	\$0	\$194,200	

 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	31 de mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	21156-943862

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	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: 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 \$ 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: 1335631/2020	N° Compromiso SIIF 30520			
Valor Total del Contrato \$ 16.231.770	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.705.295,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 8.296.238	Del 01/05/2020	Al 31/05/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.590.943	Comisiones \$ 0,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.705.295	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 \$ 2.705.295	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.903.121				

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 1.903.121,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.082.118	9406162174	\$ 1.082.118	Valor Base retención en la fuente ICA 2.537.495,00	
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 25.375,00	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 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 634.374	\$ 634.374	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 2.679.920,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Impartir formación profesional en el área de salud ocupacional 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 mayo las fichas:1830162,1830175,1830301,1830040,1830299,1871062	

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 FONTALVO 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)