SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**37107-503052**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ROSALBA DIAZ DUARTE
Correo electrónico contratista: rodiduar@misena.edu.co
C.C. 63.455.061 **IP/Nº de contacto** 73876

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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 **Nº Cuenta** 10322209643

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: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

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: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1434303/2020 **Nº Compromiso SIIF** **38820**

Valor Total del Contrato	$ 29.334.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.308.766	**6**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 2.607.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.701.246		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.607.520	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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.607.520**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.732.665**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8344903557**	Valor Base retención en la fuente	1.732.665,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.043.008	$ 1.564.512	Valor Base retención en la fuente ICA	2.310.220,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 130.400	$ 195.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 166.900	$ 250.400	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 II	$ 10.900	$ 16.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 577.555		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.607.520,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Ficha:2080476:DESARROLLO DE HABILIDADES,PRINCIPIOS PARA LA VIDA EL TRABAJO. Act: Desarrollar habilidades. Fecha: 24 al 31. 40 horas

Ficha:2080486:DESARROLLO DE HABILIDADES,PRINCIPIOS PARA LA VIDA EL TRABAJO. Act: Desarrollar habilidades. Fecha: 24 al 31. 40 horas
TOTAL HORAS DE FORMACIÓN: 80
TOTAL HORAS MES: 80
Se realiza ajuste en la planilla de pago seguridad social: Mi Planilla, Numero de planilla: 8344952519 por valor de $142.300

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.

ROSALBA DIAZ DUARTE
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,

LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA
INSTRUCTOR G20

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 SARMIENTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Señor(es): rosalba diaz duarte
Nit: CC 63455061
Dirección: av. circunvalar No.35-117 boulevard del cacique ca
Teléfono: 6318952 **Fax:** 6318952
Ciudad: BUCARAMANGA

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	rosalba diaz duarte
Tipo y número de identificación	63455061
Número de radicación planilla	8344903557
Fecha de pago	8/25/2020
Número de autorización de pago	18110551
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2020
Periodo cotización pensión	Julio 2020
Periodo cotización caja	Julio 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$319.100
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$11.300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$172.800	1
MIN003	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	$135.000	1

PAGADO 18110551

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																				VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	63455061	DIAZ DUARTE ROSALBA	MIN003	230201								X												1.080.000	1.080.000	0	1.080.000	0			172.800	0	0	135.000	0

PAGADO 19-10-21

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Señor(es): rosalba diaz duarte
Nit: CC 63455061
Dirección: av. circunvalar No.35-117 boulevard del cacique ca
Teléfono: 6318952 **Fax:** 6318952
Ciudad: BUCARAMANGA

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	rosalba diaz duarte
Tipo y número de identificación	63455061
Número de radicación planilla	8344952519
Fecha de pago	8/26/2020
Número de autorización de pago	1094921
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2020
Periodo cotización pensión	Julio 2020
Periodo cotización caja	Julio 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$143.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$5.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$77.600	1
MIN003	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	$60.600	1

PAGADO 1094921

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																				VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	63455061	DIAZ DUARTE ROSALBA	MIN003	230201								X												1.564.600	1.564.600	0	1.564.600	0			250.400	0	0	195.600	0

PAGADO 1084921

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información