SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD-BTA D C - SERVICI

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**10205-994861**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ				
Correo electrónico contratista:	ellandinez@misena.edu.co	**C.C.**	52.696.049	**IP/Nº de contacto**	3057058734
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	478970038194
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

Nº del contrato:	1355599/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**6520**		
Valor Total del Contrato	$ 19.556.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.427.376	**2**	**Del**	**01/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 3.324.588,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.102.788		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.324.588		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	**$ 3.324.588**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.209.116**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9404211581**	Valor Base retención en la fuente	2.209.116,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.329.835	$ 1.251.610	Valor Base retención en la fuente ICA	2.945.488,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 166.300	$ 156.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 212.800	$ 200.300	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 III	$ 32.400	$ 30.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	28.453,00	0,966%
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	$ 736.372		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.296.135,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3-13 /03/2020 HSI- RECIBO Y ENTREGA DE TURNO. TOMA E INTERPRETACION DE SIGNOS VITALES. REALIZACION DE REGISTROS CON SU RESPECTIVO PLAN DE ATENCION EN ENFERMERIA, SESION EDUCATIVA
17-18/03/2020 ACTIVIDAD VIRTUAL ANÁLISIS DE TEMA EPOC. SESION EDUCATIVA MANEJO DE RESIDUOS . SOLUCIÓN CASO CLÍNICO.

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.

ERYCKA LILIANA LANDINEZ ORTIZ
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,

MARTHA YADIRA TORRES RODRIGUEZ
INSTRUCTOR G15

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52696049		LANDINEZ ORTIZ ERYCKA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 93c #54-31 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7340154	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	589234134	9404211581	I	2020/03/11	2020/04/01	BANCO AV VILLAS	21	$393,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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)						$1,252,000	$200,400			$1,252,000	$156,500			$0	$0			$1,252,000	$30,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,252,000	$200,400			$1,252,000	$156,500			$0	$0			$1,252,000	$30,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,252,000	$200,400			$1,252,000	$156,500			$0	$0			$1,252,000	$30,500		$0	$0
1	CC	52696049	LANDINEZ ERYCKA	231001	30	$1,252,000	$200,400	EPS017	30	$1,252,000	$156,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,252,000	$30,500	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,252,000	$200,400			$1,252,000	$156,500			$0	$0			$1,252,000	$30,500		$0	$0