

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CORDOBA		Código Regional	23
			Código Centro	952310
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SE			ID de Proceso	87292-363357
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARTIN MANUEL MORENO MUÑOZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		martinmoreno1127@gmail.com		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCO COLPATRIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
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				
N° del contrato:	1344339/2020	N° Compromiso SIIF	11320	
Valor Total del Contrato	\$ 32.000.000	N° Pago	9	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.934.400	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 3.734.400	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.200.000	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	\$ 3.200.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.126.400			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente	2.126.400,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	4355623821	4355623821	Valor Base retención en la fuente ICA	2.835.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.280.000	\$ 1.280.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 160.000	\$ 160.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 204.800	\$ 204.800	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 6.700	\$ 6.700	Reteica - 8299	5.670,00 0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.194.330,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 708.800		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
OFERTA REGULAR. Planear procesos formativos que respondan a la modalidad de atención, los niveles de formación. Ejecutar procesos de enseñanza y aprendizaje para el logro de los resultados de aprendizaje definidos en los programas de formación. Evaluar los aprendizajes de los sujetos en formación y los procesos formativos, correspondientes a los programas de formación relación. Participar en proyectos investigación aplicada, técnica y pedagógica en función de la formación profesional, los programas relacionado. Reportar en el sistema Sofia Plus en un plazo máximo de tres (3) días, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: El registro de juicios evaluativos, creación de rutas y asociación. De aprendizajes, registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes. Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendizajes y hallazgos en el registro. Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias...				
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.			MARTIN MANUEL MORENO MUÑOZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.			YINA LIBIA HOYOS MARTINEZ PROFESIONAL G03	
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				
AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10933985
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARTIN MANUEL MORENO MUNOZ MORENO MUNOZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO: CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 14 CRA 9 9-30	TELÉFONO: 7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4355623821	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992323451

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 204.800
SUBTOTAL:			1	\$ 204.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 160.000
SUBTOTAL:			1	\$ 160.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 6.700
SUBTOTAL:			1	\$ 6.700

TOTAL PAGADO:	\$ 371.500
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10933985		NÚMERO PLANILLA:	4355623821					TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		MARTIN MANUEL MORENO MUNOZ MORENO MUNOZ	DEPARTAMENTO:	CORDOBA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2020		
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	TELÉFONO:	7900000		DÍAS DE MORA:	0										
DIRECCIÓN:	CLL 14 CRA 9 9-30	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/16					NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992323451				
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:	PRIVADA															
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO														

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 204.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 204.800	\$ 0	\$ 204.800
SUBTOTALES:										\$ 204.800	\$ 0	\$ 204.800

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	
SUBTOTALES:													\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.700	\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 6.700
SUBTOTALES:									\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 6.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURO SOCIAL						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC			TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE
1	CC 10933985	MORENO MUÑOZ MARTIN MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.280.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30		1.280.000	\$ 204.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 204.800	EPS002-SALUD TOTAL	30		1.280.000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 160.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30		1.280.000	\$ 10933985	\$ 6.700		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 371.500

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8938824788 DV: 879196

Cajero: AMLOZANO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/10/2020 11:02:17

PS Recaudador:
041510 CALLE 26 GOBERNACION ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 10933985

Nombre: MARTIN

APELLIDO 1: MORENO

APELLIDO 2: N A

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO: 2222222222

Codigo Planilla: 4355623821

Periodo Pago: 2020/09

Valor Comision: 0

Valor Iva Comision: 0

Referencia Valor

10933985 \$371.500,00

Valor recibido: \$371.500,00

Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi
parte, de la prestacion de este
servicio, entienda que manifiesto
verbalmente mi autorizacion para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados
unica y exclusivamente para la
prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1)
6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co