SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADO

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**14202-441180**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MILANY QUINTERO ROMO
Correo electrónico contratista: milanyquinteroromo@gmail.com
C.C. 22.609.412 **IP/Nº de contacto** 3203206978

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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 201084191

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: 1382001/2020 **Nº Compromiso SIIF** **11820**

Valor Total del Contrato	$ 38.448.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.294.000	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.910.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.384.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.910.000		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	**$ 3.910.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.598.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9409649229**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.564.000	$ 1.564.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.500	$ 195.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.300	$ 250.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 8.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 866.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.598.150,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.464.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	20.785,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.889.215,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación en el programa Técnico en Servicio Farmacéutico con ficha N.2065590
Impartí formación complementaria en manejo de productos fitoterapeuticos, medicamentos homeopaticos, suplementos dietarios y otros pro
Preste mis servicios como instructor de acuerdo con las normas legales y reglamentarias y de conformidad con las exigencias.
Evalué los resultados de aprendizaje según la planeación pedagógica de la complementaria en manejo de productos fitoterapeuticos, medi
Presente dentro de las fechas establecidas por la Coordinación académica el informe de cuenta mensual de ejecución contractual
Recursos: Nación. Lugar donde presto los servicios: Florencia

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.

MILANY QUINTERO ROMO
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,

BEATRIZ ALMARIO ROJAS
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

IRMA OMAIRA MAYA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO (E)

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 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741265787	9409649229	I	2020/09/03	2020/09/14	BANCO DAVIVIENDA	11	$454,000

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)					$1,564,000	$250,300			$1,564,000	$195,500			$0	$0			$1,564,000	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,000	$250,300			$1,564,000	$195,500			$0	$0			$1,564,000	$8,200		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$1,564,000	$250,300			$1,564,000	$195,500			$0	$0			$1,564,000	$8,200		$0	$0
1	CC	22609412	QUINTERO MILANY	230301	30	$1,564,000	$250,300	EPS044	30	$1,564,000	$195,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,564,000	$8,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,564,000	$250,300			$1,564,000	$195,500			$0	$0			$1,564,000	$8,200		$0	$0

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 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741265787	9409649229	I	2020/09/03	2020/09/14	BANCO DAVIVIENDA	11	$454,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,300	$0	$0	$250,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$250,300	$0	$0	$250,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,500	$0	$0	$195,500
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$195,500	$0	$0	$195,500
TOTAL				1	$454,000	$0	$0	$454,000