

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CAQUETÁ CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADO		Código Regional	18
			Código Centro	951610
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	31450-074744	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MILANY QUINTERO ROMO milanyquinteroromo@gmail.com		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		Pertenece al régimen simple de tributación?		Es declarante de renta?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		Inducción SST		Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		Tipo de cta		N° Cuenta
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		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		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		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		N/A
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1382001/2020	N° Compromiso SIIF	11820	
Valor Total del Contrato	\$ 38.448.333	N° Pago	9	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.384.000	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.474.000	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.910.000	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	\$ 3.910.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.598.150			
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	2.598.150,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.564.000	\$ 1.564.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.464.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.500	\$ 195.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 250.300	\$ 250.300	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	\$ 8.200	\$ 8.200	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	20.785,00 0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,00%
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	\$ 866.050	VALOR A PAGAR	\$ 3.889.215,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
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 Farmacovigilancia en los servicios farmacéuticos. Ficha: 2217477 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 del Técnico en Servicios Farmacéuticos. Ficha: 2065590 Evalué los resultados de aprendizaje según la planeación pedagógica de la complementaria Farmacovigilancia en los servicios farmacéuti 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	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2020-09	2020-09	30402253		9410763607	I	2020/10/05	2020/10/28	BANCO DE OCCIDENTE	\$454,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	

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
2020-09	2020-09	30402253	9410763607	I	2020/10/05	2020/10/28	BANCO DE OCCIDENTE	21	\$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	