

 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER-EMPRENDE RURAL		Código Regional	68
		Código Centro	954110
		Fecha Elaboración	31 de octubre de 2020
		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	19395-010938
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:		MARTHA ISABEL CARREÑO FERNANDEZ	
Correo electrónico contratista:		maiscae3@misena.edu.co	
C.C.		63.340.344	
IP/N° de contacto		73912	
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 ?		☐ NO	
Banco al cual consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	
Tipo de cta		AHORROS	
N° Cuenta		460420123362	
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:	1386879/2020	N° Compromiso SIIF	33220
Valor Total del Contrato	\$ 30.321.200	N° Pago	8
Saldo Anterior del Contrato	\$ 3.916.488	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 126.338	Comisiones	\$ 363.390,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 363.390	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.153.540	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.791.005	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	
ARL II	\$ 15.900	\$ 15.900	
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	\$ 930.335		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		
			Valor Base retención en la fuente 2.791.005,00
			Valor Base retención en la fuente ICA 3.721.340,00
			Valor base IVA 0,00
			IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
			Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
			Menos Retención IVA 0,00 15%
			Reteica - 8299 0,00 0,600%
			Otras Retenciones 0,00 0,00%
			Otras Retenciones 0,00 0,00%
			Otras Retenciones 0,00 0,00%
			Otras Retenciones 0,00 0,00%
			Descuentos de Libranza 0,00
			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.790.150,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
FORMACIÓN: Fichas 2088878/2149334/2150947/2179674 Programa: Emprendedor en Desarrollo de Actividades Turísticas Código 63310028			
Actividad de aprendizaje: Proponer espacios y comportamientos/ Planear paquete turístico/ Operar las actividades turísticas.			
Competencia: Diseñar programas turísticos conforme a los requerimientos del mercado y/o solicitud del cliente.			
Inicio ficha 2088878: Oct 4 fecha fin: Oct 24 Días :4,11,20,24 Horario:08:00-18:00 Horas mes: 32 horas			
Inicio ficha 2149334: Oct 1 fecha fin: Oct 29 Días:1,8,29 Horario:07:00-18:00 Horas mes:26 horas			
Inicio ficha 2150947: Oct 2 fecha fin: Oct 30 Días:2,9,30 Horario:07:00-18:00 Horas mes:25 horas			
Inicio ficha 2179674: Oct 3 fecha fin: Oct 25 Días: 3,5,6,7,10,12,13,14,16,17,18,19,21,25 Horario:07:00-18:00 Horas mes:126 horas			
Inicio ficha 2221560: Oct 23 fecha fin: Oct 31 Días:23,26,27,28,31 Horario:07:00-18:00 Horas mes:35 horas			
HORAS ADICIONALES 15 HORAS - TOTAL HORAS ACADÉMICAS MES: 144 HORAS - TOTAL HORAS MES: 159 HORAS			
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.			
MARTHA ISABEL CARREÑO FERNANDEZ EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION 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.			
KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO INSTRUCTOR G11			
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)			

Se certifica que la empresa , identificada con CC-63340344 sucursal 1, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2020-09	230301	800224808	PORVENIR	1	0	243.200	0	243.200
Período salud:	2020-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	190.000	0	190.000
Planilla Nro.:	8609772796 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	15.900	0	15.900
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-10-15	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
		GRAN TOTAL					\$ 449.100		

PAGADO