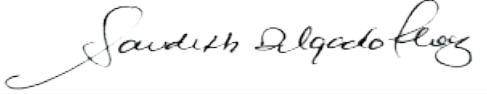


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CORDOBA		Código Regional	23
			Código Centro	911510
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - EM			ID de Proceso	23395-473205
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ		C.C. 35.117.106	IP/N° de contacto 3205639410	
Correo electrónico contratista: sadelflo@gmail.com				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO	Es declarante de renta? NO	Es Pensionado? NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 NO		Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 8520936719	
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: 1338660/2020	N° Compromiso SIIF 32720			
Valor Total del Contrato \$ 33.176.000	N° Pago 10	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.317.600,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 4.865.814	Del 01/11/2020	Al 30/11/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 1.548.214	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.317.600	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 \$ 3.317.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.204.475				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente 2.204.475,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.327.040	7770749823	7770749823	Valor Base retención en la fuente ICA 2.939.300,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 165.900	\$ 165.900	\$ 165.900	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 212.400	\$ 212.400	\$ 212.400	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 II \$ 13.900	\$ 13.900	\$ 13.900	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 5.879,00	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 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ 734.825	\$ 734.825	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.311.721,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
SENA EMPRENDE RURAL "SER" 2177931:2-3-4-9-10-11-16-17-18 DE NOVIEMBRE- SEMBRAR PECES APLICANDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS- ALIMENTAR EL CULTIVO TENIENDO CUENTA RECOMENDACIONES TÉCNICAS- DEFINIR AJUSTES EN EL MANEJO DEL CULTIVO SEGÚN INFORME DE HALLAZGOS E INDICACIONES TÉCNICA 2157414 :5-6-12-13 DE NOVIEMBRE- IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS EN PROCESOS DE PREPARACIÓN Y SIEMBRA DE ACUERDO CON RECOM ALIMENTAR EL CULTIVO TENIENDO EN CUENTA RECOMENDACIONES TÉCNICAS TOTAL DE HORAS 168 SE APOYO A LAS FORMACIONES DE LOS INSTRUCTORES QUE RETORNARON A LA PRESENCIALIDAD EN LAS FICHAS :2185179-2148706-2085968-216666 2166864-2080478-2077809 EN LOS TEMAS DE ALIMENTACION DE PECES, PREPARACION DE ESTANQUES Y CONTROL DE CULTIVO DE PECES LOS DIAS 3-4 6-7-10-11-17 DE NOVIEMBRE.				
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.			 SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ 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 periodo 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.			JIMMY TORRES BUSTILLO INSTRUCTOR G20	
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				
JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Descripción:	No disponible
Empresa/Servicio:	SOI ACH - 28058
Cus:	804089981
Tipo identificación:	CC
Numero planilla:	7770749823
Banco dueño del producto:	Bancolombia
Número de producto:	08520936719
Tipo de Producto:	Cuenta de Ahorros
Valor de la factura:	\$ 392,200.00
Valor pagado:	\$ 392,200.00
Entidad a quien se pagó por PSE:	SOI ACH
Oficina:	SUCURSAL VIRTUAL
Canal:	PSE
Resultado del pago:	Exitoso
Número de comprobante:	254403464
Fecha y hora del pago:	2020/11/19 09:03:42

También puede

-  Enviar comprobante por correo electrónico
-  Descargar o imprimir comprobante

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35117106
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO: 7890000
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:	7770749823	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 804089981

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 212.400
SUBTOTAL:			1	\$ 212.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 165.900
SUBTOTAL:			1	\$ 165.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 13.900
SUBTOTAL:			1	\$ 13.900

TOTAL PAGADO:	\$ 392.200
----------------------	-------------------

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:	35117106		NÚMERO PLANILLA:	7770749823	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	SAUDITH ELENA DELGADO FLOREZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	TELÉFONO:	CORDOBA		DÍAS DE MORA:	0		octubre	AÑO
DIRECCIÓN:	CENTRO	CLASE APORTANTE:	7890000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		804089981
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE						
TIPO EMPRESA:	PRIVADA		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO								
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO						