

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA		Código Regional	5
			Código Centro	930110
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
	CENTRO DE COMERCIO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	00739-204743
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIANA ISABEL RIOS OCAMPO dianarioso@misena.edu.co	C.C.	39.450.543
Correo electrónico contratista:		00000		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		☐ SI	Es declarante de renta?	☐ SI
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		☐ NO	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
			Nº Cuenta	10092830034
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:	1336093/2020	Nº Compromiso SIIF	6920	
Valor Total del Contrato	\$ 39.670.236	Nº Pago	10	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.937.501	Del	01/11/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.147.351	Comisiones	\$ 0,00	30/11/2020
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	\$ 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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.014.770			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	Noviembre	Octubre	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	\$ 242.600	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ -	\$ 0	
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	\$ 8.000	
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	\$ 379.015	\$ 379.015	
Salud hasta	\$ 569.712	\$ 569.712	\$ 569.712	
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 602.306	\$ 602.306	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	\$ -	
		Valor Base retención en la fuente	2.014.770,00	
		Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
		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	0,000%
		Jaime Isaza Cadavid	15.161,00	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	\$ 3.774.989,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Prestar los servicios personales como instructor en el área de Comercio y Ventas - Gestión de Mercados para impartir formación en el marco del programa de formación titulada del Centro de Comercio.				
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.				
				DIANA ISABEL RIOS OCAMPO 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.				
				OSWALDO DE JESUS MONROY URREGO 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				
ANGELA MARIA VALDERRAMA VELEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 39450543
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA ISABEL RIOS OCAMPO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 33 29-105	TELÉFONO: 5616690
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7768825938	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):	2020/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 788674414

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 243.200
SUBTOTAL:			1	\$ 243.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 190.000
SUBTOTAL:			1	\$ 190.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 30.400
SUBTOTAL:			1	\$ 30.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 8.000
SUBTOTAL:			1	\$ 8.000

TOTAL PAGADO:	\$ 471.600
----------------------	-------------------