

 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	950410
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	97207-412118
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		BEATRIZ MILENA ARBELAEZ GOMEZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		bmarbelaezg@misena.edu.co		43.712.871
		IP/N° de contacto		44224
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Es declarante de renta?
		NO		NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
		NO		NO
Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		SI		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
		10090875014		
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		NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		NO		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		NO		
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:		SI		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		1397647/2020		N° Compromiso SIIF
		32420		
Valor Total del Contrato		\$ 36.764.572		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 28.678.893		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 24.888.731		Al
		4		31/05/2020
		Comisiones		\$ 0,00
		Valor Bruto Pago		\$ 3.790.162,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.790.162		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		0,00%
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.790.162		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.666.297		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
				\$ 0
				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		Mayo		Abril
		7750487784		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.516.065		\$ 1.516.065
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.600		\$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 45.500		\$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL		\$ 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		\$ -
Salud hasta		\$ 569.712		\$ -
Renta Exenta 25%		\$ 8.545.680		\$ 888.766
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -
				Valor Base retención en la fuente
				2.666.297,00
				Valor Base retención en la fuente ICA
				3.555.062,00
				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%
				Aporte Voluntario Dec. 568/2020
				0,00
				0,000%
				Jaime Isaza Cadavid
				15.161,00
				0,400%
				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
				\$ 3.775.001,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Las actividades desarrolladas se encuentran detalladas en el informe de ejecución contractual del mes correspondiente.				
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.				
BEATRIZ MILENA ARBELAEZ GOMEZ 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 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.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO 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				
ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43712871
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BEATRIZ MILENA ARBELAEZ GOMEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 11E SUR 53-197	TELÉFONO: 5099396
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:	7750487784	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 612320313

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 242.600
SUBTOTAL:			1	\$ 242.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 189.600
SUBTOTAL:			1	\$ 189.600
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:	\$ 440.200
----------------------	-------------------