SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL AMAZONAS
CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS

Código Regional	91
Código Centro	951710
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	61191-050434

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	JHENNIFER CASTRO FURAGARO jcastrof@sena.edu.co	C.C.	41.061.234	IP/Nº de contacto	85850
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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 ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	506204288
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 $ 124.625.000		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1282589/2020		Nº Compromiso SIIF	120	
Valor Total del Contrato	$ 51.600.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 49.500.000	2	Del 01/02/2020	Al 29/02/2020	$ 4.500.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.000.000		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.500.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,84%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 149.068
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.100.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.600.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.882.375**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 149.068**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	--------	9402350971 - 94
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.800.000	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 225.000	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 288.000	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 4.600
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	$ 140.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.700	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 660.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.294.125	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.882.375,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.987.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	149.068,00	3,84%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	31.500,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Univesidad de la Amazonia	45.000,00	1,000%
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	**$ 4.274.432,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión de documentos previos de la contratación de los contratistas del centro y de la regional
Se realizó un plan de trabajo según informe en Excel encaminado a la contratación de administrativos e instructores para la vigencia
Se asesoro en la planeación y ejecución contractual de acuerdo a los requerimientos técnicos y jurídicos
Revisión de documentos contractuales de Instructores, profesionales, tecnología y técnicos del centro
Se asesoro y apoyo la elaboración y consolidación del Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo a los requerimiento recibidos
Se elaboro el contrato para la suscripción del Subdirector de Centro en la plataforma del Secop II
Realice pago planilla No. 9403043973 Ajuste

Rdo - Contabilidad
febrero 25/2020
Hora 5:52pm - 224 folios
Rad 4-2020-000235
NOS2020.02-056277

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.

JHENNIFER CASTRO FURAGARO
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,

CONSTANZA NOHEMI SILVA FORERO
PROFESIONAL G01

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41061234		CASTRO FURAGARO JENNIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 16 N 5B-28	LETICIA-AMAZONAS	5924901	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	09132584	9402350971	I	2020/02/10	2020/02/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$243,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$840,000	$134,400			$840,000	$105,000			$0	$0			$840,000	$4,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							**$840,000**	**$134,400**			**$840,000**	**$105,000**			**$0**	**$0**			**$840,000**	**$4,400**		**$0**	**$0**
Ciudad: LETICIA Depto: AMAZONAS (1 Afiliados)							**$840,000**	**$134,400**			**$840,000**	**$105,000**			**$0**	**$0**			**$840,000**	**$4,400**		**$0**	**$0**
1	CC	41061234	CASTRO JHENNIFER	230301	14	$840,000	$134,400	EPS005	14	$840,000	$105,000		0	$0	$0	14-23	14	$840,000	$4,400	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				**$840,000**	**$134,400**			**$840,000**	**$105,000**			**$0**	**$0**			**$840,000**	**$4,400**		**$0**	**$0**

2020/02/04 04:34 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41061234		CASTRO FURAGARO JENNIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 16 N 5B-28	LETICIA-AMAZONAS	5924901	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	09132584	9402350971	I	2020/02/10	2020/02/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$243,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$134,400	$0	$0	$134,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$134,400	$0	$0	$134,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,400	$0	$0	$4,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,400	$0	$0	$4,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$105,000	$0	$0	$105,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$105,000	$0	$0	$105,000
TOTAL				1	$243,800	$0	$0	$243,800

2020/02/04 04:34 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41061234		CASTRO FURAGARO JENNIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 16 N 5B-28	LETICIA-AMAZONAS	5924901	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	15203837	9403043973	N	2020/02/10	2020/02/25	BANCO DE OCCIDENTE	14	$11,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$37,803	$6,100			$37,803	$4,800			$0	$0			$37,803	$200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$37,803	$6,100			$37,803	$4,800			$0	$0			$37,803	$200		$0	$0
Ciudad: LETICIA Depto: AMAZONAS (1 Afiliados)						$37,803	$6,100			$37,803	$4,800			$0	$0			$37,803	$200		$0	$0
1	CC	41061234	CASTRO JHENNIFER	230301	14	($840,000)	($134,400)	EPS005	14	($840,000)	($105,000)		0	$0	$0	14-23	14	($840,000)	($4,400)	0	$0	$0
2	CC	41061234	CASTRO JHENNIFER	230301	14	$877,803	$140,500	EPS005	14	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	14	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$37,803	$6,100			$37,803	$4,800			$0	$0			$37,803	$200		$0	$0

2020/02/25 09:33 AM