SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA - SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**25**
Código Centro	**951210**
Fecha Elaboración	**1 diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**69961-280101**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANDREA PAOLA JURADO CASTELLANOS
Correo electrónico contratista: ajuradoc@sena.edu.co
C.C. 1.096.951.866 **IP/Nº de contacto** 3143863470

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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 31269125821

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: 1925529/2020 **Nº Compromiso SIIF** **232220**

Valor Total del Contrato	$ 6.948.608	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.895.075	**3**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**15/12/2020**	**$ 1.895.075,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.895.075	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		1,63%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 60.435
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.790.150			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.685.225**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 23.506
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.700.744**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 36.929**

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7771036537 - 19**	Valor Base retención en la fuente	3.700.744,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	1.644.775,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	36.929,00	1,63%
ARL II	$ 9.200	$ 15.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	11.513,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ 140.500		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 140.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.600		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ 109.800				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.233.581		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ 20.021		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.846.633,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2249591 - PRIMEROS AUXILIOS CON ENFASIS EN PRIMERA INFANCIA
Competencia:ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPON
HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 40
2249590 - ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
Competencia: ADMINISTRAR INMUNOBIOLÓGICOS SEGÚN DELEGACIÓN Y NORMATIVA VIGENTE.
HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 60
Fecha de inicio: 1 de Diciembre de 2020 FEcha Fin: 15 de Diciembre de 2020

Total horas mes de Diciembre 100

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.

ANDREA PAOLA JURADO CASTELLANOS
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

FABIO AUGUSTO RAMIREZ PAREDES
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

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096951866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA PAOLA JURADO CASTELLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 8 15 - 80	TELÉFONO:	6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7771036537**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		808849453

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 236.000
SUBTOTAL:			1	**$ 236.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 184.400
SUBTOTAL:			1	**$ 184.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 36.000
SUBTOTAL:			1	**$ 36.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 456.400**

ANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096951866
	ANDREA PAOLA JURADO CASTELLANOS
MALAGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
CR 8 15 - 80 TELÉFONO:	6616839
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
ÚNICO	NO
GO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
199817348 TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
MES: noviembre PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
AÑO: 2020 SALUD:		AÑO:	2020
7771036537	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/11/23

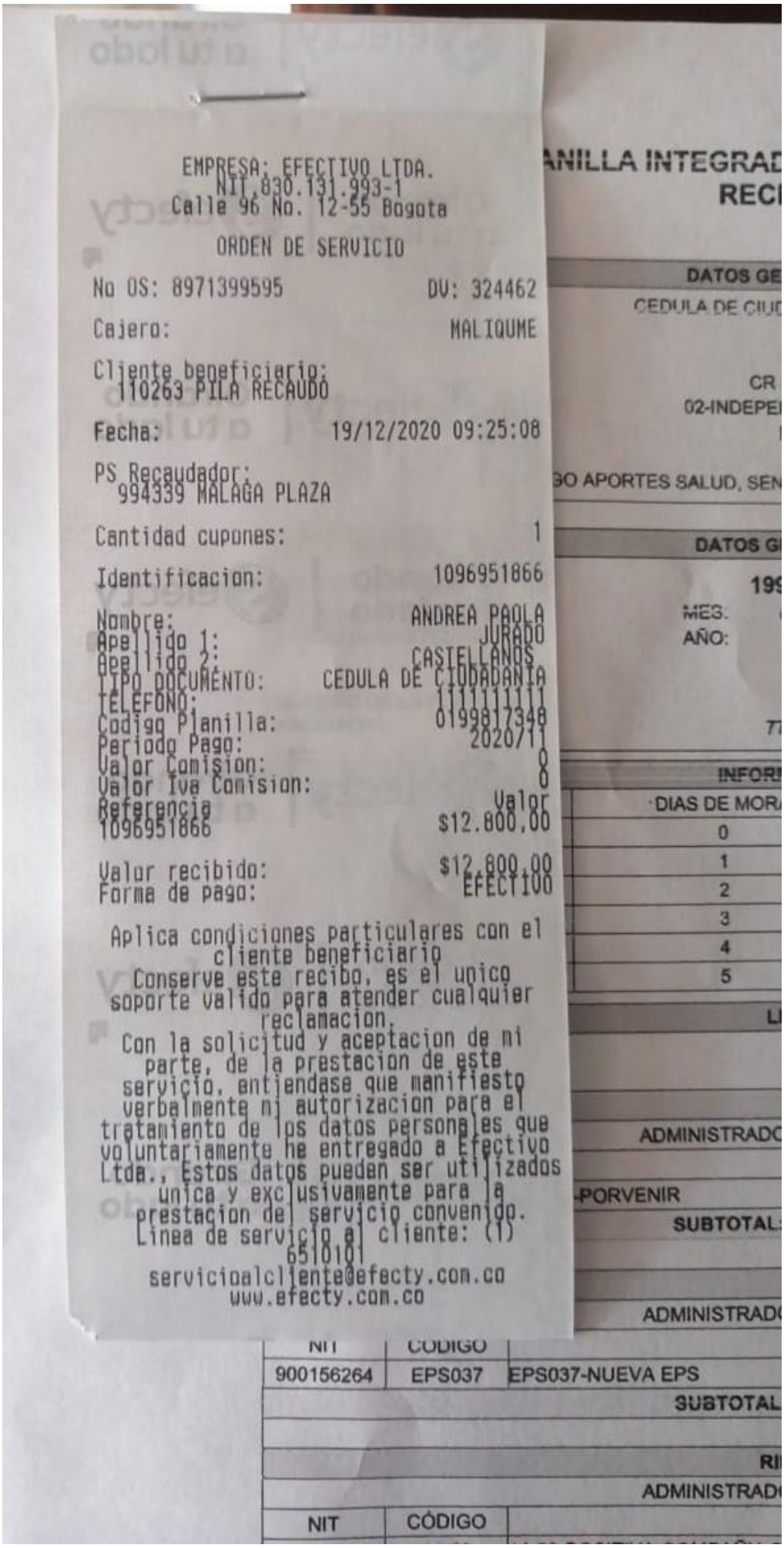
INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
0	$ 0	$ 12.800
1	$ 300	$ 13.100
2	$ 300	$ 13.100
3	$ 300	$ 13.100
4	$ 300	$ 13.100
5	$ 300	$ 13.100

LIQUIDACIÓN GENERAL

	TOTALES	
	COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
1-PORVENIR	1	$ 6.600
SUBTOTAL:	1	**$ 6.600**
SALUD		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
EPS037-NUEVA EPS	1	$ 5.200
SUBTOTAL:	1	**$ 5.200**
RIESGOS PROFESIONALES		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.000
SUBTOTAL:	1	**$ 1.000**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 12.800**



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8971399595 DV: 324462

Cajero: MALIQUME

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 19/12/2020 09:25:08

PS Recaudador:
994339 MALAGA PLAZA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1096951866

Nombre: ANDREA PAOLA
Apellido 1: JURADO
Apellido 2: CASTELLANOS
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 0199817348
Periodo Pago: 2020/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1096951866	$12.800,00

Valor recibido: $12.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

ANILLA INTEGRAD
REC

DATOS GE
CEDULA DE CIUD
CR
02-INDEPE
GO APORTES SALUD, SEN
DATOS G
19
MES:
AÑO:
INFOR
DIAS DE MOR
0
1
2
3
4
5
ADMINISTRADO
PORVENIR
SUBTOTAL
ADMINISTRADO

NIT	CODIGO	
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS

SUBTOTAL
RI
ADMINISTRADO

NIT	CÓDIGO	