SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**85**
Código Centro	**101085**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**22285-939449**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSA GUTIERREZ RAVELO	**C.C.**	23.794.912	**IP/Nº de contacto**	84795
Correo electrónico contratista:	rgutierrezra@sena.edu.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 01128383839

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4643320/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4823**

Valor Total del Contrato	$ 21.776.947	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.776.947	**1**	**Del**	**20/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 762.887,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.014.060		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO APOYO A PROCESOS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VÍCTIMA Y VULNERABLE EN EL MARCO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES Y DE COMPROMISOS DE LA ENTIDAD LEY DE VÍCTIMAS Y RESTITUCIÓN DE TIERRAS.RAD.85-9-2023-00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 762.887		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 762.887**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 319.640**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**0000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 190.721	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 106.547	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	319.640,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	432.287,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	7.629,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$755.258,00**	

SON: SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se definió la oferta para la población victima para el año 2023
2.Se envia correo y adjunta documentación para la solicitud del usuario vivanto.
3.urante el mes no se ah realizado esta actividad, tampoco no e participado en ninguna jornada este mes
4.Se participo en la reunión del equipo de victimas para articular las acciones a realizar para la vigencia 2023.
5.Informe de gestión de personas (3) usuarios. Informe de gestión a empresas (1).Informe de gestión a solicitudes (21) Informe de Gest Orientación a Personas (7). *Informe de Gestion envíos directos. (982)
Se realizo el proceso de preseleccion y envio de hojas de vida de los candidatos postulados a (241)
6.presente plan de trabajo para la ejecución del mes de febrero
7.Se participo en la socialización de las tablas documentales donde se aplicara durante la cosentracion contractual

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.

ROSA GUTIERREZ RAVELO
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,

OFELIA JIMENEZ PEREZ
PROFESIONAL G06

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL

CAPRESOCA EPS
NIT: 891856000

No. DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN		
74503	01	02	2023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

CAPRESOCA EPS
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD C
01/02/23
RECIBIDO

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo Afiliación: B. Colectiva [ ] — A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] — C. Institucional [ ] — D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 3

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN — A. AFILIACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres			
GUTIERREZ (Primer Apellido)	RAVELO (Segundo Apellido)	ROSA (Primer Nombre)	(Segundo Nombre)

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	23794912	Femenino [X] Masculino [ ]	03/10/1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos Personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR	1.160.000

18. Residencia			
Calle 37 25 80 (Dirección)	3103176577 (Teléfono Fijo)	3103176577 (Teléfono Celular)	(Correo Electrónico)
Yopal Casanare (Municipio/Distrito)	Urbana [X] Rural [ ] (Zona)	EL MASTRANTO / COMUNA 1 (Localidad/Comuna)	Casanare (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

(Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

(Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales)

24. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

(Datos Complementarios)

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado: Adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

(Selección de la IPS Primaria)

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	BIHOSPHARMA SAS	850010645501
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción de la EPS
  Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del Expediente de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos de identificación del usuario

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Documento Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	*42. Fecha*
		Femenino [ ] Masculino [ ]		01/02/2023

43. EPS Anterior	*44. Motivo Traslado* Código:	*45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones*

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de exístencias de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que las EPS reporten la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funcionees lo requieran
- [X] 52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante ode cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliaados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que las EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

23'794.912	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	*55. El empleador, aportante o entidad responsable de la adiliación colectiva, institucional o de oficio*

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridada competente
- [ ] 58. Copia del regsitro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59.Copia de la escritura pública o se n tencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión material
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivos
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación Entidad Territorial Código Municipio	Código Departamento	*67. Datos del SISBEN* Número de Ficha	Puntaje	Nivel	*68. Fecha de Radicación*	*69. Fecha de Validación*

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo documento identidad	Número de documento identidad	*71. Firma del funcionario*

OBSERVACIONES

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888278221

(415)7707212489984(8020) 000001488827822 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 3 7 9 4 9 1 2	2	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 7 9 4 9 1 2	1 9 9 7 0 3 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Paz de Ariporo 2 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	RAVELO	ROSA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal
CL 37 25 83

42. Correo electrónico rosagutierrez1978@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 1 7 6 5 7 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 2 1	2 0 2 0 0 9 0 1	7 4 9 0	2 0 1 2 0 3 1 6	8 2 1 1	4 7 4 1		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 14 / 09 : 37: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ RAVELO ROSA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Jueves, 2 de marzo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ROSA GUTIERREZ RAVELO identificado(a) con CC 23794912, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	01128383839	2021/11/08	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO.