SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CÓRDOBA**
**CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS A**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **23** |
| **Código Centro** | **952310** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **69403-606025** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ISABEL CRISTINA LOBO DE CAMBAS | **C.C.** | 30.562.519 | **IP/Nº de contacto** | 310624519 |
| **Correo electrónico contratista:** | ilobosagre@misena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI **Es Pensionado?** SI |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | SI |
| **Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** | NO | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 09103162898 |
| | | **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:** | 4558762/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **16623** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.000.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 29.600.000 | **3** | **Del** | **01/04/2023** | **Al** | **30/04/2023** | **$ 3.700.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 25.900.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRI

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.700.000 | | 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** | **$ 3.700.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.630.400** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Abril** | **Marzo** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4490639110** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.630.400,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.480.000 | $ 1.480.000 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.515.000,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 185.000 | $ 185.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 7.800 | $ 7.800 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 925.000 | $ - | | Reteica - 8299 | 7.030,00 | 0,200% |
| | | | - | 0,00 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ - | | | | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 876.800 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | | | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$3.692.970,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Oferta Regular, tecnólogo en Gestión Documental, ficha 2561674. Competencia Trámite de Correspondencia, desarrollo de Actividades
2.Oferta Regular, tecnólogo en Gestión Documental, ficha 2561690. Trámite de Correspondencia, desarrollo de Actividades
3.Oferta Regular, técnico en Asistencia Asistencia Administrativa, ficha 2619685. Competencia: proveer información, desarrollo de act
4. Oferta Regular, tecnólogo en Gestión Documental, ficha 2561667. Trámite de Correspondencia, desarrollo de Actividades.
5.Oferta Regular, técnico en Asistencia en Org. De Archivos 2670225: Comp. Trámite de Documentos, desarrollo de activid
6.Oferta Regular, tecnólogo en Dirección de Ventas, ficha 2503026. Procesos de Comunicación, desarrollo de Actividades. 7.
7 Oferta Regular, técnico en Recursos Humanos, ficha 2670215. Procesos de Comunicación, desarrollo de Actividades
8. Oferta Regular, técnico en Recursos Humanos, ficha 2670229. Procesos de Comunicación, desarrollo de Actividades

**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.

**ISABEL CRISTINA LOBO DE CAMBAS**
**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,

**JORGE DAVID GOMEZ BEDOYA**
**PROFESIONAL G08**

**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**

**ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30562519 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ISABEL CRISTINA LOBO DE CAMBAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CENTRO | TELÉFONO: | 7890000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - SENA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4490639110** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 3 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/04/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993953606 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 185.000 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 185.000 | $ 700 | $ 0 | $ 185.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 185.000** | **$ 700** | **$ 0** | **$ 185.700** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 7.800 | $ 7.800 | $ 100 | $ 0 | $ 7.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.800** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 7.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 30562519 | LOBO DE CAMBAS ISABEL CRISTINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.480.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.480.000 | $ 185.000 | $ 0 | $ 185.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.480.000 | 30562519 | $ 7.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 193.600** |

Planilla Pagada



EMPRESA: EFECTIVO LTDA
NIT 830.131.923.1
Calle 96 No 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO
No OS: 9359037758

Cajero: DV: 550468
HABEVILO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha:
13/04/2023 07:30:20

PS Recaudador:
905214 OLIMPICA SAO CIRCUNVALAR
MONTERIA

| | |
|---|---|
| Cantidad cupones: | 1 |
| Identificacion: | 30562519 |
| Nombre: | ISABEL |
| Apellido 1: | LOBO |
| Apellido 2: | N A |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 0000000000 |
| Codigo Planilla: | 4490639110 |
| Periodo Pago: | 2023/03 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 30562519 | $193.600,00 |

| | |
|---|---|
| Valor recibido: | $193.600,00 |
| 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

Powered by CamScanner