SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**97095-706305**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ESTHER CECILIA LADINO LOPEZ	**C.C.**	40.387.420	**IP/Nº de contacto**	84176
Correo electrónico contratista:	eladino@sena.edu.co				

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** 63265461812

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: 4611235/2023 **Nº Compromiso SIIF** **18323**

Valor Total del Contrato	$ 17.550.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.570.000	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.670.000		Legalización comisiones del periodo			$ 476.649,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

"Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar acciones de formación en los programas ofertados por el Centro Agroindustrial del Meta de la Línea presupuestal Regular en los niveles Titulada,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		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	**$ 4.376.649**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.608.563**		**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	----------	**4492345963**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 8.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.094.162	$ -	
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	$ 437.665	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 869.521	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.608.563,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.932.049,00	
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	15.728,00	0,400%
-	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	**$3.884.272,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de Formación Profesional integral, complementaria, así:
F_2744180_APLICACION DE CONCEPTOS DE DRONES- UAS EN LOS SECTORES DE LA INDUSTRIA GRAFICA AUDIOVISUAL Y CULTURAL_EMPRESA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD HONOR_Evaluada_04-abr-23 al 27-abr-23_48 Horas.
F_2744194_MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS_AGROPECUARIA SANTA MARÍA_Evaluada_04-abr-23 al 14-abr-23_60 Horas.
F_2749552_MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS_AGROPECUARIA SANTA MARÍA_Evaluada_15-abr-23 al 24-abr-23_60 Horas.

TOTAL 168 horas

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.

ESTHER CECILIA LADINO LOPEZ
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,

MONICA STELLA ROJAS HENAO
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

OLGA MATILDE AHUMADA SABOGAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40387420
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ESTHER CECILIA LADINO LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CR 24 37 B - 32	TELÉFONO:	6715549
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4492345963**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993849823

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 0	$ 249.600
SUBTOTALES:										**$ 249.600**	**$ 0**	**$ 249.600**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.000	$ 0	$ 0	$ 195.000
SUBTOTALES:													**$ 195.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 195.000**

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	$ 8.200	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									**$ 8.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES								
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	PENSIÓN								SALUD							ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40387420	LADINO LOPEZ ESTHER CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.560.000	$ 249.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.560.000	$ 195.000	$ 0	$ 195.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.560.000	40387420	$ 8.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 452.800**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9356208645 DV: 76089

Cajero: PAMACUV

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 04/04/2023 14:17:41

PS Recaudador:
905071 CENTRO CLL 37

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 40387420

Nombre: ESTHE
Apellido 1: CECILI
Apellido 2: LADIN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANI
TELEFONO: 6666666
Codigo Planilla: 449234596
Periodo Pago: 202370
Valor Comision: (
Valor Iva Comision: (
Referencia Valor
40387420 $452.800,0

Valor recibido: $452.800,0
Forma de pago: EFECTIV

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) 601 6510
serviciodalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Villavicencio. Abril 14 de 2023

PRESENTADO A: Olga Matilde Ahumada

ORDEN DE VIAJE No: 11123	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	17/03/2023	**18/03/2023**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO:	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Meta/Centro Agroindustrial Del Meta	PUERTO RICO

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Desarrollo de formación profesional integral del curso Básico en Mantenimento y Operación de Tractor Ficha 2727195, con la empresa Agropecuaria Santa María. Municipio de Puerto Rico. Meta

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Desarrollo de actividad práctica de Mantenimiento preventivo del tractor agrícola
2. Conducción responsable del tractor agrícola con aplicación de lista de chequeo

RESULTADOS:

Se ejecutó FPI para 53 aprendices, quienes realizaron:

1. Realizar mantenimiento general del tractor e implementos agrícolas teniendo en cuenta las recomendaciones técnicas del fabricante
2. Conducir con responsabilidad el tractor agrícola sin implemento, por vías internas, cumpliendo con los reglamentos y normas de tránsito y seguridad industrial
3. Operar tractores para realizar labores agrícolas de acuerdo con las normas y los manuales técnicos

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Listado de asistencia
2. Registro fotográfico
3. Tiquete de transporte

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Emitir Juicios Evaluativos	**ESTHER CECILIA LADINO LÓPEZ**	18/03/2023

CONCLUSIÓNES:

1. Se realizaron las pruebas con los 53 de los cuales 52 aprendices aprobaron las competencias

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
ESTHER CECILIA LADINO LÓPEZ	

VISTO BUENO SUPERVISOR

RÁPIDO LOS CENTAUROS S.A.
NIT. 892 001 529-5
VALIDO PARA UN VIAJE

TERMINAL V/CIO. Modulo Taxis - Busetas 312 542 5010
FUENTE DE ORO 314 316 8320
SERVICIOS ESPECIALES 311 246 3595
QUEJAS Y RECLAMOS # 767 - 667 4747
www.rapidoloscentauros.com

SuperTransporte

Nº 14226

ORIGEN: VVCIO DESTINO: PUERTO RICO

NOMBRE: ESTHER C. LADINO

SERVICIO: KIA

FECHA			HORA			PUESTO	No. PUESTOS
DD	MM	AA	HH	MM	AM / PM		
17	03	23			PM	1	1

VALOR $ 70000

NOTA: ESTE VALOR INCLUYE SEGURO Y TERMINAL

CLASE DE VEHICULO				NUMERO	FIRMA Y SELLO AGENCIA
AUTOMOVIL		VAN		530	
CAMIONETA		BUSETA			

SOMOS UNA EMPRESA LLANERA CON PROYECCIÓN AL PAÍS

FO-TRC-01 Version 1

Impresos LITOARTE Cel.: 310 559 6901 V/clo.

RÁPIDO LOS CENTAUROS S.A.
NIT. 892 001 529-5
VALIDO PARA UN VIAJE

TERMINAL V/CIO. Modulo Taxis - Busetas 312 542 5010
FUENTE DE ORO 314 316 8320
SERVICIOS ESPECIALES 311 246 3595
QUEJAS Y RECLAMOS # 767 - 667 4747
www.rapidoloscentauros.com

SuperTransporte

Nº 14340

ORIGEN: PUERTO RICO DESTINO: VVCIO

NOMBRE: ESTHER LADINO

SERVICIO: KIA

FECHA			HORA			PUESTO	No. PUESTOS
DD	MM	AA	HH	MM	AM / PM		
18	03	23			PM	1	1

VALOR $ 70000

NOTA: ESTE VALOR INCLUYE SEGURO Y TERMINAL

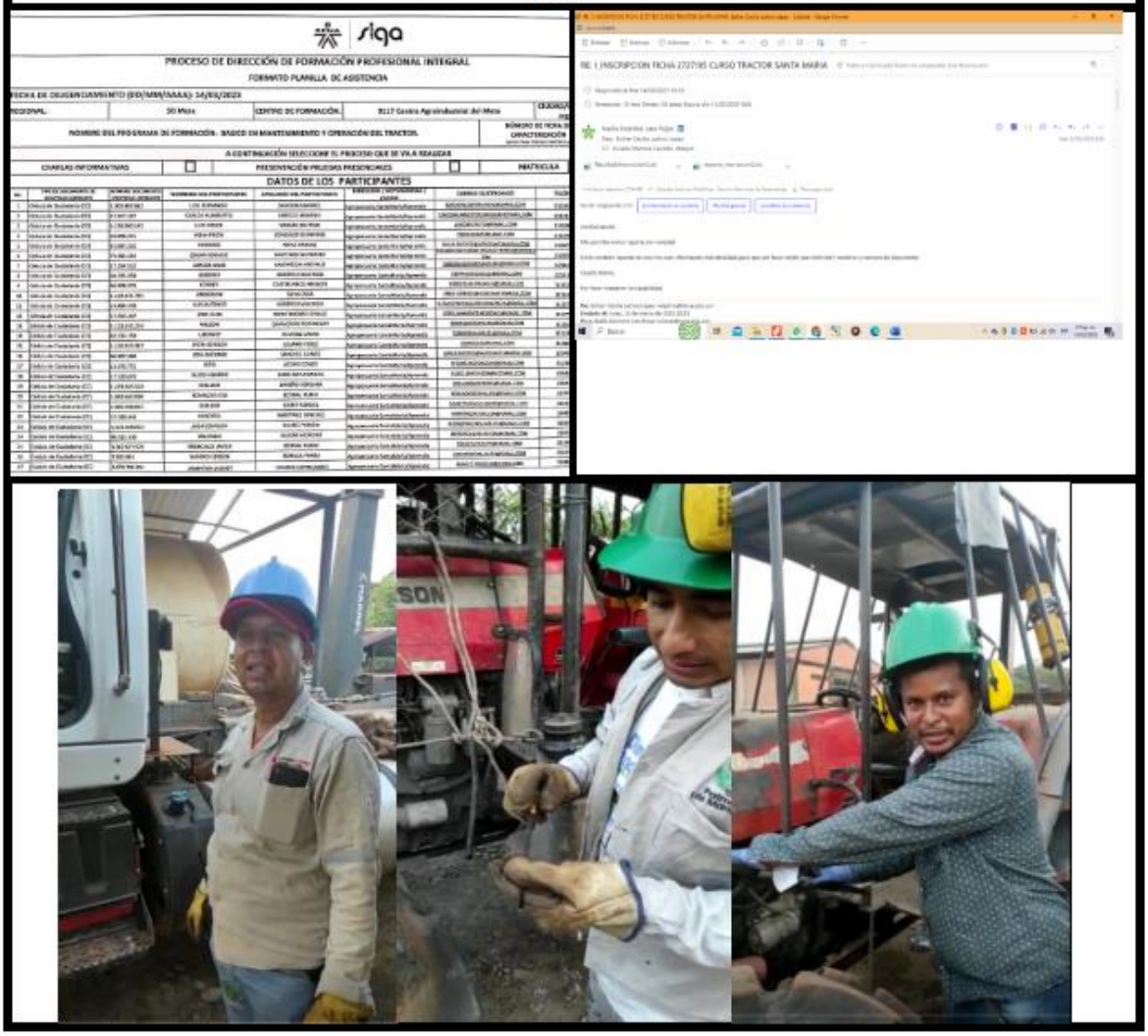
CLASE DE VEHICULO				NUMERO	FIRMA Y SELLO AGENCIA
AUTOMOVIL		VAN		022	
CAMIONETA		BUSETA			

SOMOS UNA EMPRESA LLANERA CON PROYECCIÓN AL PAÍS

FO-TRC-01 Version 1

Impresos LITOARTE Cel.: 310 559 6901 V/clo.

F_2727195_BASICO EN MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DEL TRACTOR AGROPECUARIA SANTA MARÍA



CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villavicencio, abril de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1122523901**	**SARA SOFIA OSORIO LADINO**	**HIJO**

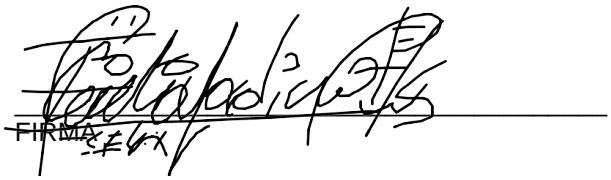
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

ESTHER CECILIA LADINO LOPEZ

C.C. 40387420 DE VILLAVICENCIO

REPUBLICA DE COLOMBIA

Nota al Respaldo
329

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1122523901

NUIP 1122514139

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39355993

Oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X 7 H]

Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LADINO	LOPEZ

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes 01 2 Día 21	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

CLINICA CENTAURUS COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 6669262

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LADINO LOPEZ ESTHER CECILIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 40387420 VILLAVICENCIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

X.X.X.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.122.523.901**

OSORIO LADINO

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Sofia Osorio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-2006**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-DIC-2024 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-OCT-2014 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-5200100-00652385-F-1122523901-20141215 **0041**943455A 2 42837386