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** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **93630-422822** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON
**Correo electrónico contratista:** liandrelo@gmail.com
**C.C.** 46.375.903 **IP/Nº de contacto** 3185402442

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

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **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** 24090574074

**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:** 14611469/2023 **Nº Compromiso SIIF** 18623

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 14.170.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.290.000 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 390.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**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° | 2,29% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 104.910 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.900.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.800.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.581.300** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 104.910** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4500078166** |
| **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 | $ 16.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.950.000 | $ - | |
| 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 | $ 253.000 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 197.700 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 8.400 | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 780.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 1.527.100 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.581.300,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.455.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 104.910,00 | 2,29% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 13.822,00 | 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** | **$3.781.268,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral asì:
F_2756165_English Does Work level 1_44 Horas_02 de Mayo 2023 al 05 de Junio de 2023_en ejecución
F_2756164_English Does Work level 1_44 Horas_02 de Mayo 2023 al 05 de Junio de 2023_en ejecución
F_2756168_English Does Work level 1_44 Horas_02 de Mayo 2023 al 05 de Junio de 2023_en ejecución
F_2756182_English Does Work level 1_44 Horas_02 de Mayo 2023 al 05 de Junio de 2023_en ejecución

**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.

**LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON**
**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
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46375903 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CRA 22 A N 3A-07 | TELÉFONO: | 7707702 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4500078166** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 14 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/05/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994361291 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 253.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 253.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 197.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 197.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 451.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 7.700** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 459.100** |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.293-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9372274810 DV: 975057

Cajero: JOARDIGAM

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 17/05/2023 12:09:08

PS Recaudador:
996971 BARRIO VILLA DEL SOL

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 46375903

Nombre: LISETH
Apellido 1: ADREA
Apellido 2: LOPEZ ALARCON
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3185402442
Codigo Planilla: 4500078166
Periodo Pago: 2023/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 46375903 | $459.100,00 |

Valor recibido: $459.100,00
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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Villavicencio, Mayo 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | 1054286921 | Samuel Felipe Bermúdez López | Hijo |

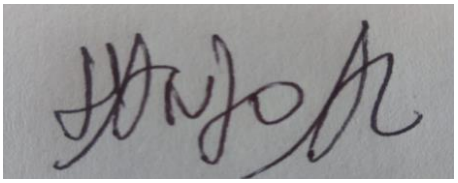
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

Nombre: _Liseth Andrea López Alarcón

C.C. _____46375903_____

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054286921

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41730844

*41730844*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduria | Notaria | Numero | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 03 | | | | E 2 N |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BERMUDEZ | LOPEZ |

Nombre(s)

SAMUEL FELIPE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes ABR Día 08 | MASCULINO | B | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFIDADO MEDICO DE NACIDO VIVO. | 31637551-2 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALARCON LISETH ANDREA.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No. 46.375.903 DE SOGAMOSO. | COLOMBIANA. |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C. .no. 7.171.327 DE TUNJA . | COLOMBIANO. |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C. .no. 7.171.327 DE TUNJA. | Wilson Bermudez Martinez |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARLEN BELTRAN MEDINA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA TERCERA SOGAMOSO

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
10 OCT 2013
EL NOTARIO

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2009 Mes ABR Día 17 | GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Wilson Bermudez Martinez. Firma | GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO NOTARIO

**ESPACIO PARA NOTAS**

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner