



FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL META

CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

Código Regional

50

Código Centro

911710

Fecha Elaboración

Mayo de 2023

Versión

ENERO 2023 - 1,23

ID de Proceso

69037-585052

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:

LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ

Correo electrónico contratista:

lbanguera@sena.edu.co

C.C.

28.556.756

IP/N° de contacto

2112

Régimen del IVA:

NO RESPONSABLE

Pertenece al régimen simple de tributación?

NO

Es declarante de renta?

SI

Es Pensionado?

NO

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

N° Cuenta

39538173227

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

N° del contrato:

4582724/2023

N° Compromiso SIIF

15923

Valor Total del Contrato

\$ 39.780.000

Saldo Anterior del Contrato

\$ 29.250.000

N ° Pago

4

Periodo objeto de pago

Del 01/05/2023 Al 31/05/2023

Valor Bruto Pago

\$ 3.900.000,00

Nuevo Saldo del Contrato

\$ 25.350.000

Legalización comisiones del periodo

\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción 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 para atención a Población Víctima y

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

\$ 3.900.000

Menos, Retefuente Otros Ingresos

\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.270.475

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

\$ 0

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

Mayo

7876843198

Abril

7876843198

Base retención en la fuente a título de RENTA

2.270.475,00

TARIFA

Base retención en la fuente a título de ICA

3.455.400,00

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

13.822,00

0,400%

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ 8.835.833

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

\$ 390.000

Salud hasta

\$ 678.592

\$ -

Renta Exenta 25%

\$ 2.792.123

\$ 756.825

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

Base retención en la fuente a título de RENTA

2.270.475,00

Base retención en la fuente a título de ICA

3.455.400,00

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

13.822,00

0,400%

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

\$3.886.178,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades para el mes de mayo fueron las siguientes:

FICHA 2735449. HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- Alcaldía de Castilla La Nueva. Castilla La Nueva. 16h

FICHA 2762975. Buenas Prácticas de Manufactura- Alcaldía de Barranca de Upía. 48h

FICHA 2769779. Manipulación de alimentos- Alcaldía de Barranca de Upía.48h

FICHA por asignar. Manipulación de alimentos- Alcaldía de Restrepo. Restrepo. 48h

Alistamiento de la documentación requerida para la solicitud y apertura de las fichas. Acompañamiento a los aspirantes en el registro, inscripción y novedades de matrícula en las fichas solicitadas para los grupos a cargo.

Total horas: 160

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.

LUZ DAMARYS BANGUERA 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28556756
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 20B N 19C-27 URB LA MACARENA	TELÉFONO:	6791659
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:	7876843198		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2023	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DÍAS DE MORA:			0		abril AÑO
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2053357468

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 0
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	\$ 38.100	\$ 38.100	\$ 0	\$ 0	\$ 38.100
SUBTOTALES:									\$ 38.100	\$ 0	\$ 0	\$ 38.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF34	CCF34-COFREM META	1	\$ 31.200	\$ 0	\$ 31.200
SUBTOTALES:			\$ 31.200	\$ 0	\$ 31.200

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				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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
1	CC 28556756	BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.560.000			NO																		230301-PORVENIR	30	1.560.000	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 249.600	EPS037-NUEVA EPS	30	1.560.000	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.560.000	\$ 28556756	\$ 38.100	30	1.560.000	\$CCF34-1.560.000COFRE META	\$ 31.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 513.900
--------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 28556756
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO: META
DIRECCIÓN:	CALLE 20B N 19C-27 URB LA	TELÉFONO: 6791659
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:	7876843198	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD: AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2053357468

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 249.600
SUBTOTAL:			1	\$ 249.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 195.000
SUBTOTAL:			1	\$ 195.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
892000146	CCF34	CCF34-COFREM META	1	\$ 31.200
SUBTOTAL:			1	\$ 31.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 38.100
SUBTOTAL:			1	\$ 38.100

TOTAL PAGADO:	\$ 513.900
---------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villavicencio, 22 de marzo 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.	1071788966	MARIA ISABELLA SORZA BANGUERA	HIJO
------	------------	-------------------------------	------

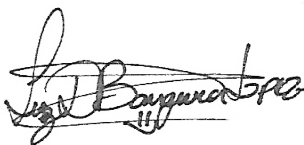
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Luz Damarys Banguera Lopez

C.C. 28.556.756 de Ibagué

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1071788966

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 35969461
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

BORZA***** BANGUERA*****

Nombre(s)

MARIA ISABELLA*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año 2008 Mes MAR Día 10 FEMENINO***** *****

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

SOLICITUD VERBAL***** *****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDEULA DE CIUDADANIA 0028556756***** COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BORZA OMAR ANTONIO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDEULA DE CIUDADANIA 0017316331***** COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BORZA OMAR ANTONIO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CEDEULA DE CIUDADANIA 0017316331*****

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2008 Mes SEP Día 17

MARIA DEISI DE ALARCON*****

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

MARIA DEISI DE ALARCON

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

MODIFICACION DEL SERIAL 0035969364 CORRECCION RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO LIBRO DE VARIOS TOMO 6 FOLIO NO. 153

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.071.788.966**

SORZA BANGUERA

APELLIDOS

MARIA ISABELLA

NOMBRES

ma. Isabella sorza B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

10-MAR-2009

LUGAR DE NACIMIENTO

10-MAR-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

14-ABR-2016 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

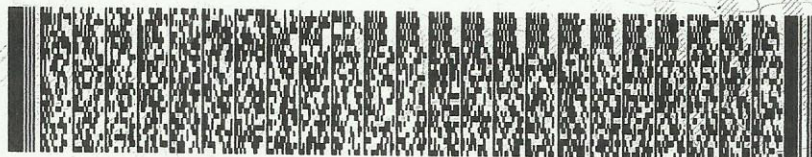
A+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-5200100-00822004-F-1071788966-20160501

0049618289A 3

6733880683