SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL QUINDÍO**
**CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **63** |
| **Código Centro** | **953810** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **27628-138053** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA
**Correo electrónico contratista:** omagarcia@sena.edu.co
**C.C.** 18.396.140 **IP/Nº de contacto** 62893

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

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **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** 136870002161

**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:** 4615950/2023 **Nº Compromiso SIIF** 24423

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.437.800 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 30.127.500 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 26.110.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 97.200,00 | |

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

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL COMPLEMENTARIA PRESENCIAL POB. VULNERABLE_NIS_2023-02-043087

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.017.000 | | 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** | **$ 4.114.200** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.735.850** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4495618979** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.606.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 200.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 257.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.400 | $ 8.400 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.028.550 | $ - | |
| 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 | $ 911.950 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.735.850,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.656.200,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 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) | 1.606.800,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.410.200,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas co
Reportar en el sistema SOFIA Plus,en un plazo máximo de tres (3) días hábiles una vez ocurrido el hecho, todas las actividades y noved
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesio
Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, previo a solicitud de aprendiz y aval del coordinador académ
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas re

**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.

**OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA**
**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,

**ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO**
**PROFESIONAL G13**

**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**

**CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 18396140 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | OMAR ALZATE GARCIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALARCA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | LA ISLA MZ I CASA 21 | TELÉFONO: | 7454545 |
| 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: | | **4495618979** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/05/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994405611 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.000 | $ 0 | $ 257.100 | $ 4.000 | $ 261.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 257.100** | **$ 4.000** | **$ 261.100** |

**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 | $ 200.900 | $ 0 | $ 3.100 | $ 0 | $ 200.900 | $ 3.100 | $ 0 | $ 204.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200.900** | **$ 3.100** | **$ 0** | **$ 204.000** |

**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 | $ 8.400 | $ 8.400 | $ 200 | $ 0 | $ 8.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.400** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 8.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9374249600 DV: 925389

Cajero: DIALREOS

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 23/05/2023 16:01:30

PS Recaudador:
001003 SERVIENTREGA CRA 14

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 16396140

Nombre: OMAR
Apellido 1: ALZATE
Apellido 2: N N
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3112335263
Codigo Planilla: 4495618976
Periodo Pago: 2023/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 16396140 | $473.700.00 |

Valor recibido: $473.700,00
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

**Solicitud de Comision No. 8023**

**Dependencia** **Solicitante y/o Ordenador del gasto**

## LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

| | Valores a legalizar | SALDO |
|---|---|---|
| Gastos de manutención | $ 0,00 | 0 |
| Gtos transporte por comision | $ 0,00 | 0 |
| Otros gastos | $ 97.200,00 | 0 |
| Valor neto a legalizar | $ 97.200,00 | 0 |

SALDO A FAVOR: 0

VALOR A REINTEGRAR: 0

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

**Solicitante**

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHcaospina | CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-063-953810 | CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 29 de marzo de 2023 | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 8023 | **Fecha Solicitud** | 2023-03-24 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2023-03-29 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | SUBDIRECCION CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 2423 | **Dependencia Solicitante** | 953810 CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | - | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3602-1300-7-0-3602031-02 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - SERVICIO DE ORIENTACIÓN OCUPACIONAL, FORMACIÓN Y EMPRENDIMIENTO PARA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA A NIVEL NACIONAL |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 520824264339496578729996
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Localizacion: BOGOTA D.C.
Hora de firma: 2023/03/29 14:19:04 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 2023-04-10 | 2023-04-10 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / MONTENEGRO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2023-04-11 | 2023-04-11 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / SALENTO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2023-04-12 | 2023-04-12 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / CALARCA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2023-04-14 | 2023-04-14 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / SALENTO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2023-04-17 | 2023-04-17 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / MONTENEGRO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA | CC: 18396140 | CONTRATISTA | Autorizada | 2023-04-18 | 2023-04-18 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / SALENTO | 0,5 | No | 50 | 5,5 | 4.017.000,00 | 0,00 | 0,00 | 97.200,00 | 97.200,00 | Armenia- Municipios-Armenia del 10 al 26 de abril Orientar formación en el marco de los lineamientos del programa para población vulnerable |

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 2023-04-19 | 2023-04-19 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / CALARCA | 0,5 | No | 50 | | | | | | |
| | | | | 2023-04-21 | 2023-04-21 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / SALENTO | 0,5 | No | 50 | | | | | | |
| | | | | 2023-04-24 | 2023-04-24 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / MONTENEGRO | 0,5 | No | 50 | | | | | | |
| | | | | 2023-04-25 | 2023-04-25 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / SALENTO | 0,5 | No | 50 | | | | | | |
| | | | | 2023-04-26 | 2023-04-26 | QUINDIO / ARMENIA | QUINDIO / CALARCA | 0,5 | No | 50 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **97.200,00** | **97.200,00** | |

| OBJETO DE LA COMISIÓN |
|---|
| Armenia- Municipios-Armenia del 10 al 26 de abril Orientar formación en el marco de los lineamientos del programa para población vulnerable |

| ORDENADOR DEL GASTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 18403004 | Nombre: | CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO - QUINDIO |

**VISTO BUENO JEFE INMEDIATO**

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHcaospina | CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-063-953810 | CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | miércoles, 29 de marzo de 2023 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | JHON MARIO CORREA TABARES | Fecha Verificación: | 29/03/2023 11:33:52 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Cédula de ciudadanía: 18403004
Usuario SIIF: MHcaospina
29/03/2023 2:19:21 p. m.



Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.