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

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**34416-507651**

DATOS DEL CONTRATISTA

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

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: 5062618/2023 **Nº Compromiso SIIF** **77723**

Valor Total del Contrato	$ 13.520.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.660.000	**2**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.760.000		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, complementaria y/o Virtual de acuerdo a su perfil profesional y diseño

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	$ 2.849.882			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.749.882**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.871.046**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4506043720**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 12.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.687.470	$ -	
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	$ 254.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 198.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.400	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 674.988	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.290.349	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.871.046,00	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	0,00	0,00%
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	**$3.886.178,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral asì:
F_2783138_English Does Work level 1_16 Horas_06 de Junio 2023 al 12 de Julio de 2023_cerrada
F_2783162_English Does Work level 1_16 Horas_06 de Junio 2023 al 12 de Julio de 2023_cerrada
F_2783163_English Does Work level 1_16 Horas_06 de Junio 2023 al 12 de Julio de 2023_cerrada
F_2783164_English Does Work level 1_16 Horas_06 de Junio 2023 al 12 de Julio de 2023_cerrada
F_2802954_English Does Work level 1_26 Horas_13 de Julio 2023 al 17 de Agosto de 2023_en ejecución
F_2802957_English Does Work level 3_26 Horas_13 de Julio 2023 al 17 de Agosto de 2023_en ejecución
F_2804601_English Does Work level 4_26 Horas_13 de Julio 2023 al 17 de Agosto de 2023_en ejecución
Cuarta ficha pendiente de asignación.

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,

ANGELA PATRICIA BERNAL PARRADO
INSTRUCTOR G19

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:	**4506043720**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995116268

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 252.900
SUBTOTAL:			1	**$ 252.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 197.600
SUBTOTAL:			1	**$ 197.600**
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:	**$ 7.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 458.900**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9395853951 DV: 273116

Cajero: JOARDIGAM

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 19/07/2023 11:55:46

PS Recaudador:
996971 BARRIO VILLA DEL SOL

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 46375903

Nombre:	LISETH ANDREA
Apellido 1:	LOPEZ
Apellido 2:	ALARCON
TIPODOC	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO	3185402442
CANALCODE	01
PLANTILLACODE	4506043720
CODIGOTFI	9995116268
CODIGOOPERADOR	82
PERIODOPAGO	2023/06
VALORCOMISION	0
VALORIVACOMISION	0
Referencia	Valor
CEDULA DE CIUDADANIA	$458.900,00

Valor recibido: $458.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

------- COPIA -------

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

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9395853951 DV: 273116

Cajero: JOARDIGAM

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 19/07/2023 11:55:46

PS Recaudador:
996971 BARRIO VILLA DEL SOL

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 46375903

Nombre:	LISETH ANDREA
Apellido 1:	LOPEZ
Apellido 2:	ALARCON
TIPODOC	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO	3185402442
CANALCODE	01
PLANTILLACODE	4506043720
CODIGOTFI	9995116268
CODIGOOPERADOR	82
PERIODOPAGO	2023/06
VALORCOMISION	0
VALORIVACOMISION	0
Referencia	Valor
CEDULA DE CIUDADANIA	$458.900,00

Valor recibido: $458.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

------- COPIA -------

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

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:	**4509836195**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	junio
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995165894

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4506043720	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/07/19

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.300
SUBTOTAL:			1	**$ 8.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 8.100**
VALOR MORA:	**$ 200**
TOTAL PAGADO:	**$ 8.300**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9397846098 DV: 162699

Cajero: JOARDIGAM

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 25/07/2023 15:10:02

PS Recaudador:
996971 BARRIO VILLA DEL SOL

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 46375903

Nombre: LISETH
Apellido 1: ANDREA
Apellido 2: LOPEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3185402442
Codigo Planilla: 4509836195
Periodo Pago: 2023/06
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
46375903	$8.300,00

Valor recibido: $8.300,00
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, Junio 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

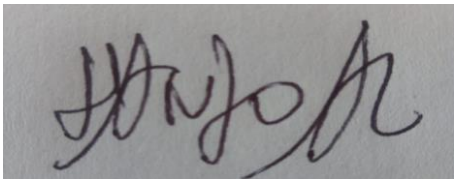
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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