

EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9428586152 DV: 131802
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 20/10/2023 09:39:52
PAP: 005017
Nombre: MONICA
Apellido 1: GONZALEZ
NUM PLANILLA: 9456399538
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 32738004
PERIODO: 202309
Referencia: 9456399538Valor: $453.100,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32738004		BUCHARD DE LA HOZ MONICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 75b N41 87	BARRANQUILLA-ATLANTICO	4444444	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	39514526	9456399538	I	2023/10/03	2023/10/20	BANCO DE OCCIDENTE	17	$453,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,505,805	$241,000			$1,505,805	$188,300			$0	$0			$1,505,805	$15,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,505,805	$241,000			$1,505,805	$188,300			$0	$0			$1,505,805	$15,800		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,505,805	$241,000			$1,505,805	$188,300			$0	$0			$1,505,805	$15,800		$0	$0
1	CC 32738004	BUCHARD MONICA	230301	30	$1,505,805	$241,000	EPS010	30	$1,505,805	$188,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,505,805	$15,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,505,805	$241,000			$1,505,805	$188,300			$0	$0			$1,505,805	$15,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32738004		BUCHARD DE LA HOZ MONICA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 75b N41 87	BARRANQUILLA-ATLANTICO	4444444	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	39514526	9456399538	I	2023/10/03	2023/10/20	BANCO DE OCCIDENTE	17	$453,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$241,000	$4,300	$0	$245,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$241,000	$4,300	$0	$245,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,800	$300	$0	$16,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,800	$300	$0	$16,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$188,300	$3,400	$0	$191,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$188,300	$3,400	$0	$191,700
TOTAL				**1**	**$445,100**	**$8,000**	**$0**	**$453,100**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**920810**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**58247-594474**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MONICA MARIA BUCHARD DELA HOZ	**C.C.**	32.738.004	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	mbuchard@misena.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** 47736029851

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: 5217810/2023 **Nº Compromiso SIIF** **553923**

Valor Total del Contrato	$ 18.715.790	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.593.870	**4**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 3.768.280,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.825.590		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

RP-INSTRUCTOR:DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. ONBASE 016860

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.768.280		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	**$ 3.768.280**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.498.010**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9456399538**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.498.010,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.507.312	$ 1.507.312	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.338.580,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.500	$ 188.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 241.200	$ 241.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.900	$ 7.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 942.070	$ -		Reteica - 8299	33.386,00	1,000%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 832.670				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.734.894,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO Y GUÍA DE DESARROLLO CURRICULAR. REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE A ORIENTAR T
REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN A LOS APRENDICES UTILIZANDO EL AMBIENTE VIRTUAL DISPUESTO (LMS) ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LA CI
de las fichas de sst del nodo de construccion,Ultracen,
socialización de temas implementados en el diseño curricular con las fichas asignadas capacitación acerca de elaboración e implement
fichas 2739848,2628058,
cursos complementarios de sst fichas Gestion integrada de la calidady salud ocupacional,ficha 2832830

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.

MONICA MARIA BUCHARD DELA HOZ
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,

MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA
INSTRUCTOR G20

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

HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)