

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	923110
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP			ID de Proceso	37863-511769

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	ANGELA MARIA ARIAS ARIAS agmarias@misena.edu.co		C.C.	30.333.475
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	41
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
		☐ NO	Es Pensionado?	☐ NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA		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
			N° Cuenta	084300070061
			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:	4443267/2023		N° Compromiso SIIF	3923
Valor Total del Contrato	\$ 43.383.600	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.159.400	11	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.142.400		01/11/2023	30/11/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				
SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-010086				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.017.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.017.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.662.950	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.662.950,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.606.800	\$ 1.606.800	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 200.900	\$ 200.900	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.100	\$ 257.100	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	\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00 0,000%
\$ 1.004.250	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
\$ 13.430.466	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
\$ 4.241.200	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$4.017.000,00
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	\$ 887.650		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
reportar un máximo de ciento sesenta (160) horas mes conforme a las horas académicas impartidas. Ejecución de la formación profesional integral de acuerdo con el proyecto formativo de los programas relacionados con mi perfil Actuación autónoma e independiente en la ejecución del contrato, en lo técnico y científico, sin perjuicio en la garantía del mismo Mantengo actualizados los sistemas de información sobre los cuales se me asignó usuario y contraseña durante la ejecución del contrato Acato la Constitución Política, la Ley, los principios de la contratación estatal y las demás normas concordantes y complementarias Acredito que me encuentro al día en el pago mensual de los aportes del Sistema de Seguridad Social Integral Aplicación según la modalidad de estrategias de enseñanza, de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación	

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.	ANGELA MARIA ARIAS ARIAS EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, CLARA MARIA GARCIA CRUZ COORDINADORA ACADÉMICA

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
ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		30333475		NÚMERO PLANILLA:		4527529348		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		MANIZALES		DEPARTAMENTO:		ANGELA MARIA ARIAS ARIAS		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		2023	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CLL 33 23 A 47		TELÉFONO:		8821103		DÍAS DE MORA:		0				2023	
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996645984	
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
TIPO EMPRESA:		ÚNICO													
FORMA DE PRESENTACIÓN:															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO									

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		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 257.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 257.100	\$ 0	\$ 257.100		
SUBTOTALES:												\$ 257.100	\$ 0	\$ 257.100		

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	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 200.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.900	\$ 0	\$ 0	\$ 200.900	
SUBTOTALES:													\$ 200.900	\$ 0	\$ 0	\$ 200.900	

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	\$ 0	\$ 0	\$ 8.400
SUBTOTALES:									\$ 8.400	\$ 0	\$ 0	\$ 8.400

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						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF												
																										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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
1	CC 30333475	ARIAS ARIAS ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.606.800			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.606.800	\$ 257.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 257.100	EPS037-NUEVA EPS	30	1.606.800	\$ 200.900	\$ 0	\$ 200.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.606.800	\$ 30333475	\$ 8.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL \$ 466.400

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS:	9438038636	DU:	854426
Cliente:	110263 PILA RECAUDO		
Fecha:	17/11/2023	10:50:46	
PAP:		914408	
Identificacion:		30333475	
Nombre:		ANGELA MARIA	
Apellido 1:		ARIAS	
Apellido 2:		ARIAS	
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA		
TELEFONO:		1111111111	
Codigo Planilla:		4527529348	
Periodo Pago:		2023/10	
Valor Comision:		0	
Valor Iva Comision:		0	
Referencia:	30333475	Valor:	\$466.400.00

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