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** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **52502-922791** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARITZA RAMIREZ GONZALEZ | **C.C.** | 31.396.220 | **IP/Nº de contacto** | 84176 |
| **Correo electrónico contratista:** | mramirezgo@sena.edu.co | | | | |

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

**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 **Nº Cuenta** 63265348806

**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:** 5894165/2024 **Nº Compromiso SIIF** **24824**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 46.590.520 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 46.590.520 | **1** | **Del** | **13/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 2.530.475,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 44.060.045 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES PARA EJERCER EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL DE ACUERDO A LOS DISEÑOS CURRICULARES QUE EJECUTE EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META EN 2024 DE LOS PROGRAMAS TITULADA R

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.530.475 | | 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** | **$ 2.530.475** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.504.781** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9461606282** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 13.600 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 632.618 | $ 233.600 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| 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 $ 1.506.080 | $ - | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ 114.400 | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 501.594 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.504.781,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.530.475,00 | |
| 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 | 10.122,00 | 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** | **$2.520.353,00** | |

**SON: DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento para inicio de formacion en el programa formacion Complementaria socializando a Alcaldias y Juntas de Accion Comunal Munipios Villavicencio, Cumaral, Granada, Puerto Gaitan.

Planeacion para desarrollar Acciones de Formacion a traves de mecanismos de atencion diversificados y estrategias didacticas adaptadas a las condiciones locales bajo la estrategia APRENDER HACIENDO.
fORMACION: Elaboración de productos artesanales con recursos naturales / Ficha Nº 2923730
Municipio Villavicencio Barrio Villa Bolivar Horas: 96

**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.

Maritza Ramirez

**MARITZA RAMIREZ GONZALEZ**
**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
2024.03.09 19:59:18 -05'00'

**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**

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 31396220 | | RAMIREZ GONZALEZ MARITZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 49 # 46 - 46 BRR LA CAMPIÑA | VILLAVICENCIO-META | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-01 | 2024-01 | 1000000541 | 9461606282 | I | 2024/02/06 | 2024/02/19 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $178,300 |

**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)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $13,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 31396220 | RAMIREZ MARITZA | | 0 | $0 | $0 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $13,600 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $13,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

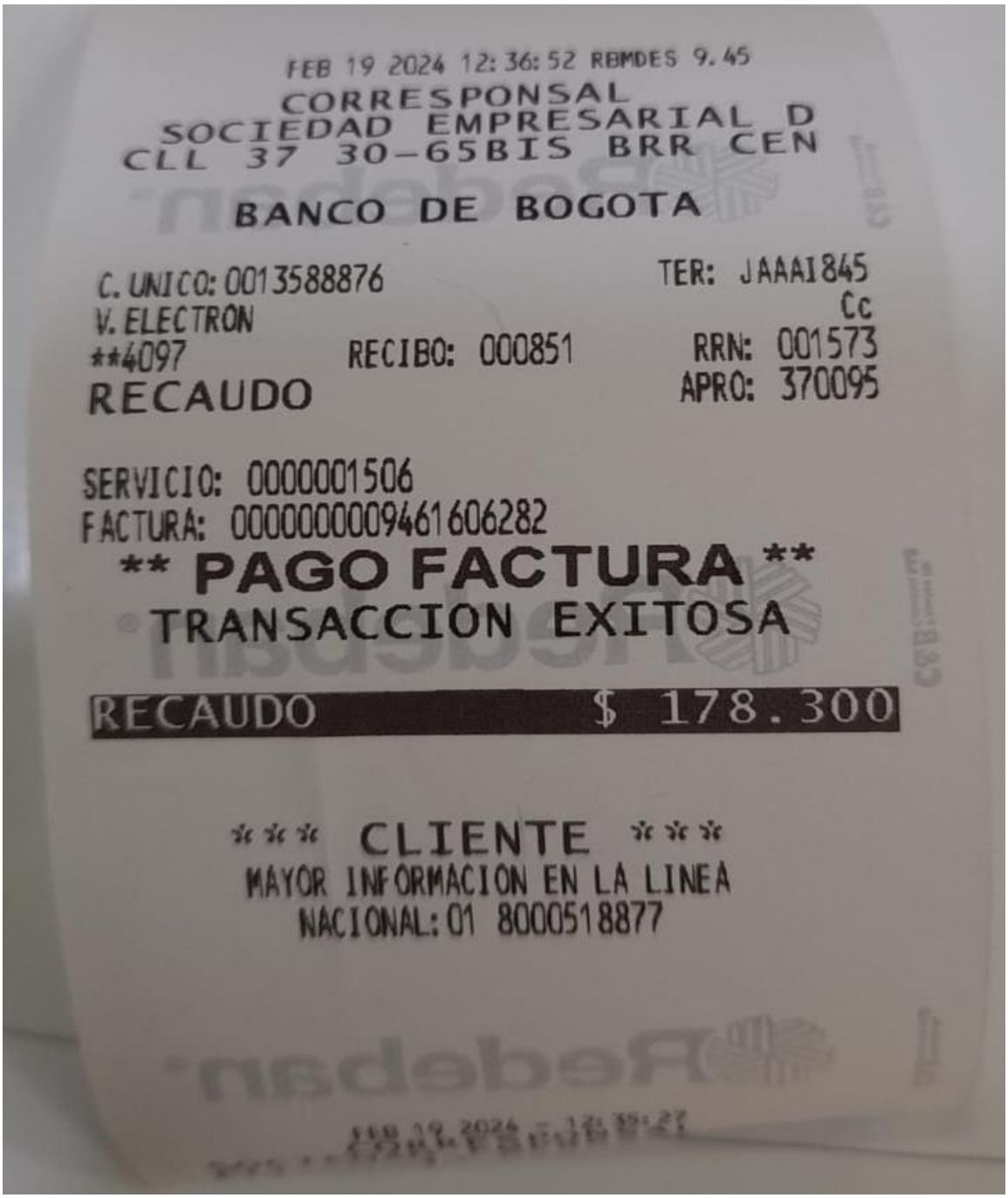
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 31396220 | | RAMIREZ GONZALEZ MARITZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 49 # 46 - 46 BRR LA CAMPIÑA | VILLAVICENCIO-META | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-01 | 2024-01 | 1000000541 | 9461606282 | I | 2024/02/06 | 2024/02/19 | BANCO DE BOGOTA | 13 | $178,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $13,600 | $200 | $0 | $13,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $13,600 | $200 | $0 | $13,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $2,000 | $0 | $164,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $2,000 | $0 | $164,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$176,100** | **$2,200** | **$0** | **$178,300** |



FEB 19 2024 12:36:52 RBMDES 9.45
CORRESPONSAL
SOCIEDAD EMPRESARIAL D
CLL 37 30-65BIS BRR CEN

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0013588876
V. ELECTRON
**4097
RECIBO: 000851
TER: JAAAI845
Cc
RRN: 001573
APRO: 370095
RECAUDO

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 000000009461606282
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 178.300

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Colpensiones

El futuro es de todos

RADICADO 0

## GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
## DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
## CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **MARITZA RAMIREZ GONZALEZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **31396220**, esta Administradora mediante resolución No. **124849** de **2015** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ Vitalicia**, como **pago único** por valor de **$ 13,483,726.00.**

Que para la NOMINA de **Mayo** de **2015** en la Entidad **30-POPULAR CP 1 QUINCENA - 410-VILLAVICENCIO META** No. de Cuenta **31396220** se giraron los siguientes valores:

| DEVENGADOS | | DEDUCIDOS | |
|---|---|---|---|
| VALOR PENSION | $ 13,483,726.00 | | |
| **TOTAL DEVENGADOS** | **$ 13,483,726.00** | **TOTAL DEDUCIDOS** | **$ 0.00** |
| | | **NETO GIRADO** | **$ 13,483,726.00** |

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 16 de enero de 2024.

***DORIS PATARROYO PATARROYO***
*Directora de Nómina de Pensionados*

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MARITZA RAMIREZ GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 31396220, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20220314 | No Registrada |

*Beneficiarios:*

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HERMES MIRANDA GONZALEZ | CY | 3296825 | CC | 20220314 | No Registrada | Activo |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Enero de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

*Elaboró: YARIFE GALVEZ*

CER-AFI 24000714

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804908508

(415)7707212489984(8020) 000001480490850 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 1 3 9 6 2 2 0 | 6 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio | 2 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 1 3 9 6 2 2 0 | 1 9 7 6 0 1 1 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cartago 1 4 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | GONZALEZ | MARITZA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 49 46 46 BRR LA CAMPIÑA

42. Correo electrónico: guatiquia@yahoo.es

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 2 8 3 4 0 0 3 | 3 1 0 7 9 0 9 9 8 0 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 0 0 5 | 2 0 0 7 0 5 2 5 | 8 5 4 3 | 2 0 0 7 0 1 0 2 | | 8 5 5 9 | 8 2 9 9 | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 07 / 14 : 08: 52

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

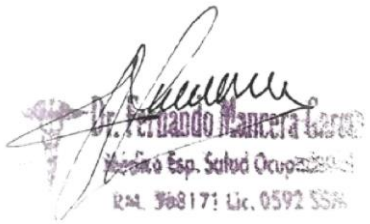
984. Nombre RAMIREZ GONZALEZ MARITZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

El líder del subprograma de medicina preventiva y del trabajo del SENA regional Meta certifica que MARITZA RAMÍREZ GONZÁLEZ, identificado(a) con CC. 31396220, cuenta con los exámenes médicos ocupacionales de ingreso conforme a lo dispuesto en la circular 3-2024-000021.

Se expide en Villavicencio el MM/DD/AA 2/19/2024.



FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA
Medico Ocupacional – Contratista
SENA Regional Meta