SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL META**

**CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **911710** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **00302-987679** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANGELICA MARÍA SANCHEZ LEÓN | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 40.217.003 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | amsanchezl@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 0550488410987900 |
| **IP/Nº de contacto:** | 84173 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7449521/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **15525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORALES PARA EJERCER EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL DE ACUERDO CON LOS DISEÑOS CURRICULARES QUE EJECUTE EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META EN 2025 DE LOS PROGRAMAS TITULADA, VIRTUAL, REGULAR Y |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2025** | **Al** | **30/06/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 31.583.308 |
| **Número de pago** | **5** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 48.141.548 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 26.983.797 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.599.511** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.696.860** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Junio | Mayo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4602794187** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 19.300 | $ 19.300 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 459.951 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 899.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.213.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.696.860,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.599.511,00 | |
| 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 | 0,400% |
| - | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | 0,400% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.599.511,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

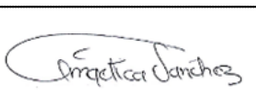
## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EN EL MES OBJETO DE COBRO SE REALIZARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL FICHAS 2995495, 3171116,2904883,2899914,3065226, 3123848, 3171102, 3118279
2. DESARROLLAR GUIAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACION PARA LAS FICHAS 2995495, 3171116,2904883,2899914,3065226, 3123848, 3171102, 311827
3. REALIZAR ACTIVIDADES PRACTICAS DE CAMPO FICHAS 2995495, 3171116,2904883,2899914,3065226, 3123848, 3171102, 3118279
4. REGISTRAR INASISTENCIAS APLICATIVO SOFIA PLUS FICHAS 2995495, 3171116,2904883,2899914,3065226, 3123848, 3171102, 3118279
5. REALIZAR EVALUACION DE JUCIOS EN EL APLICATIVO FICHA 2899914
6. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE BIENESTAR AL APRENDIZ
7. CUMPLIR CON LA PROGRAMACION ASIGNADA POR LA COORDINACION ACADEMICA

**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



**ANGELICA MARÍA SANCHEZ LEÓN**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

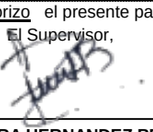
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



**EDNA SAMARA HERNANDEZ BEJARANO**
**INSTRUCTOR 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**
**HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40217003 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELICA MARIA SANCHEZ LEON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | CALLE 12 N 44B-03 | TELÉFONO: | 6706053 |
| 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: | **4602794187** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO 2025 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/06/04 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9992880922 |

**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 | $ 294.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 294.400 | $ 0 | $ 294.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 294.400** | **$ 0** | **$ 294.400** |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 230.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 230.000 | $ 0 | $ 0 | $ 230.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 230.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 230.000** |

**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 | $ 19.300 | $ 19.300 | $ 0 | $ 0 | $ 19.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 19.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 19.300** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF34 | CCF34-COFREM META | 1 | $ 36.800 | $ 0 | $ 36.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 36.800** | **$ 0** | **$ 36.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 40217003 | SANCHEZ LEON ANGELICA MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.839.805 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.839.805 | $ 294.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 294.400 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.839.805 | $ 230.000 | $ 0 | $ 230.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.839.805 | 40217003 | $ 19.300 | 30 | $ 1.839.805 | CCF34-COFREM META | $ 36.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 580.500**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40217003 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELICA MARIA SANCHEZ LEON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | CALLE 12 N 44B-03 | TELÉFONO: | 6706053 |
| 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: | **4602794187** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/06/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9992880922 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 294.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 294.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 230.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 230.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8920001463 | CCF34 | CCF34-COFREM META | 1 | $ 36.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 36.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 19.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 19.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 580.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 580.500** |

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| N. OS: 958761915 | DV: 7443 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUD |
| Fecha: | 04/06/2025 16:07:5 |
| PAP: | 901650 |
| Identificacion: | 40217003 |
| Nombre: | ANGELICA |
| Apellido 1: | MARIA |
| Apellido 2: | SANCHEZ |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 0000000000 |
| Codigo Plantilla: | 4602794167 |
| Periodo Pago: | 2025/05 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |
| Referencia: 40217003 | Valor: $580.300,00 |

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

Powered by CamScanner