

 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 BOYACÁ CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		15				
			Código Centro		955110				
			Fecha Elaboración		Julio de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		74236-264895				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		ANA MARIA MORENO FRANKY		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA			
Cédula de Ciudadanía		1.049.640.025		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		anitafrankyta@gmail.com		Número de Cuenta:		616932729			
IP/N° de contacto:		3209317251		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		SI			
¿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									
N° del contrato:		7891258/2025	N° Compromiso SIIF		33625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales de carácter temporal de manera autónoma e independiente para apoyar la formación profesional integral conforme a la programación establecida, en los diferentes niveles de formación de los programas técnicos, tecnológicos y/o complementarios del Centro de la Innovación Agroindustrial y de Servicios.							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/07/2025	Al		31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 16.251.606	
Número de pago		3	Valor Total del Contrato:		\$ 22.537.604				
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.652.095	
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		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.049.411							
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.049.411,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4612873840		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.599.511,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8551 - PUERTO BOYACA		45.995,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 19.670.605		\$ 1.016.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.653.000						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.553.516,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Apoyé la planeación, orientación y evaluación de la formación profesional Integral, aplicando las guías y procedimientos emitidos.									
Aporté de manera oportuna, clara y coherente la documentación necesaria para verificar el cumplimiento del objeto contractual									
Apoyé en las actividades de divulgación,promoción, inscripción y gestión documental para la matrícula de los programas 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									
ANA MARIA MORENO FRANKY 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 periodo 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,									
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ INSTRUCTOR G16									
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 KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)									

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1049640025				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					TUNJA					DEPARTAMENTO:					ANA MARIA MORENO FRANKY				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 3 N 1-35					TELÉFONO:					BOYACA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					7451263				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2025/07/22				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1644881257				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					ACTIVIDAD ECONOMICA:					FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					2025/07/18				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					Comercio al por mayor de computadores, equipo per					NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					4612873840				
					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	
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 66.600	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 66.600	\$ 700	\$ 67.300	
SUBTOTALES:													\$ 66.600	\$ 700	\$ 67.300	

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	\$ 52.000	\$ 0	\$ 500	\$ 0	\$ 52.000	\$ 500	\$ 0	\$ 52.500	
SUBTOTALES:									\$ 52.000				\$ 52.000	\$ 500	\$ 0	\$ 52.500	

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			\$ 2.200	\$ 2.200	\$ 100	\$ 0	\$ 2.300	
SUBTOTALES:											\$ 2.200	\$ 100	\$ 0	\$ 2.300	

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					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											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	ADMIN					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049640025	MORENO FRANKY ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.423.500				NO							A											230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.423.500	104964002	\$ 7.500	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1049640025	MORENO FRANKY ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.840.000				NO							C											230301-PORVENIR	30	\$ 1.840.000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.840.000	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.840.000	104964002	\$ 9.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1049640025	MORENO FRANKY ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.840.000				NO							R											230301-PORVENIR	0	\$ 416.500	\$ 66.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 66.600	EPS037-NUEVA EPS	0	\$ 416.500	\$ 52.000	\$ 0	\$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 416.500	104964002	\$ 2.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 122.100

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049640025	NÚMERO PLANILLA:	4612873840	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		ANA MARIA MORENO FRANKY		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA	DÍAS DE MORA:	junio AÑO	MES	junio AÑO
DIRECCIÓN:	CRA 3 N 1-35	TELÉFONO:	7451263	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993382362
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9595531799

Cliente:

Fecha:

PAP:

Identificacion:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Tipo Documento:

Telefono:

Codigo Planilla:

Periodo Pago:

Valor Comision:

Valor Iva Comision:

Referencia: 1049640025 Valor: \$416.300.00

DV: 789268

110263 PILA RECAUDO

16/07/2025 14:52:35

994383

1049640025

ANA

MARIA

MORENO

CEDULA DE CIUDADANIA

8523633333

4612873840

2025/06

00

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