



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 CALDAS

CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL-CALDAS

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

Código Regional	17
Código Centro	951510
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	47189-583510

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DORA YOLANDA TELLEZ OVALLE	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	30.349.459	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	dorayolandatellez@gmail.com	Número de Cuenta:	39249206346
IP/Nº de contacto:	3207211776	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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7398759/2025	Nº Compromiso SIIF	8725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR TEMP LOS SERVICIOS INSTRUCTOR, POR PERÍODO FIJO, PARA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES,EN EL CPYA,PROGRAMAS ESPECIALES POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO ÁREA MANICURA Y PEDICURA.S/RAD 17-9-2025-001404				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.038.197
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 37.336.656
Valor Bruto Pago:	\$ 3.555.872,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.482.325

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.555.872	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	\$ 3.555.872	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.356.572	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Setiembre	Agosto		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	4620634839	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.356.572,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de ICA	3.555.872,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 178.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 227.800	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	\$ 7.500	\$ 7.500	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - LA DORADA	17.779,00 0,500%
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	\$ -	-	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%
Dependientes hasta	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$36.062.775	\$ 786.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.620.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$3.538.093,00

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se realizaron las formaciones programadas para la comunidad de los diferentes municipios dando cumplimiento a la ejecución del contrato Realizar la evaluación de los cursos complementarios en el aplicativo sofia plus Participar en jornadas de diseño, desarrollo curricular y actividades de aseguramiento. Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular en ejecución para cursos complementarios Apoyar el proceso de materiales de formación del programa desde su planeación, alistamiento, apoyo técnico y entrega de los mismos. Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo. Se atendió los requerimientos por parte del supervisor del contrato sobre el cumplimiento de su objeto contractual y de sus obligaciones. Se realizan las actas de entrega de materiales. Ordenar en el drive las carpetas con la información de los complementarios

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

DORA YOLANDA TELLEZ OVALLE
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,

LUIS ALBERTO CASTRO AVILA
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
ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ
SUBDIRECTOR 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:	30349459	NÚMERO PLANILLA:	4620634839	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	DORA YOLANDA TELLEZ OVALLE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES agosto AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 10 N. 12-55	TELÉFONO:	8888888	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993938213
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/08		
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 230.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.400	\$ 0	\$ 0	\$ 230.400
SUBTOTALES:										\$ 230.400	\$ 0	\$ 0	\$ 230.400

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000
SUBTOTALES:										\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000	

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	\$ 0	\$ 15.100	\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100	
SUBTOTALES:										\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100

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	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU								
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	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	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 30349459	TELLEZ OVALLE DORA YOLANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.440.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.440.000	\$ 230.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 230.400	EPS017-FAMISANAR	30	1.440.000	\$ 180.000	\$ 0	\$ 180.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.440.000	\$ 30349459	\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 425.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 30349459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DORA YOLANDA TELLEZ OVALLE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CALLE 10 N. 12-55	TELÉFONO: 8888888
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:	4620634839	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993938213

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	\$ 230.400
SUBTOTAL:					1	\$ 230.400
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 180.000
SUBTOTAL:					1	\$ 180.000
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 15.100
SUBTOTAL:					1	\$ 15.100

VALOR SIN MORA:	\$ 425.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 425.500

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

OS: 9604162711
DU: 109307
Cliente: 110263 PILA RECAUDON
Fecha: 08/09/2025 08:42:29
PAP: 911957
Identificacion: 30349459
Nombre: DORA YOLANDA
Apellido 1: TELEFONO
Apellido 2: COACLE
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Telefono: 3207211776
Codigo Planilla: 4620634839
Periodo Pago: 2025/08
Valor Comision: 00
Valor Iva Comision: 00
Referencia: 30349459 Valor: \$425.500,00

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DORA YOLANDA TELLEZ OVALLE identificado(a) con CC 30349459 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	MI IPS SAS - LA DORADA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 22 días del mes **septiembre** del **2025**.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales



CERTIFICA QUE:

EPS FAMISANAR S.A.S.