

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Marzo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	76051-745789

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO scmc.421@misena.edu.co		C.C.	37.123.131
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	10100
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
			☐ NO	Es Pensionado?
			☐ NO	
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
			N° Cuenta	87845419475
			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:	4504049/2023		N° Compromiso SIIF	10423
Valor Total del Contrato	\$ 20.145.050	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.116.040	2	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.087.030		01/03/2023	31/03/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación Complementaria		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.029.010	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	\$ 4.029.010	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.368.657	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	Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.368.657,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.611.604	\$ 1.611.604	Base retención en la fuente a título de ICA	3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 201.500	\$ 201.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.900	\$ 257.900	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	\$ 8.500	\$ 8.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8299	34.482,00	0,966%
\$ 1.007.252	\$ -			0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 402.901	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 789.552			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$3.994.528,00	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo	

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.	SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO 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, CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES 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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37123131		MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Agualongo	PASTO-NARIÑO	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02	1926811487		9447001650	I	2023/03/08	2023/02/20	BANCOLOMBIA	\$459,400

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
1	CC 37123131	MUÑOZ SANDRA	25-14	30	\$1,611,604	\$257,900	EPS005	30	\$1,611,604	\$201,500		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,611,604	\$257,900			\$1,611,604	\$201,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$257,900	\$0	\$257,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$257,900	\$0	\$0	\$257,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$201,500	\$0	\$201,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$201,500	\$0	\$0	\$201,500
TOTAL					1	\$459,400	\$0	\$459,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 37123131		MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Agualongo	PASTO-NARIÑO	5555555	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1975811661	9448398517	N	2023/03/08	2023/03/17	BANCOLOMBIA	9	\$8,600

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	
1	CC 37123131	MUÑOZ SANDRA	25-14	30	(\$1,611,604)	(\$257,900)	EPS005	30	(\$1,611,604)	(\$201,500)		0	\$0	\$0	14-23	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
2	CC 37123131	MUÑOZ SANDRA	25-14	30	\$1,611,604	\$257,900	EPS005	30	\$1,611,604	\$201,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,611,604	\$8,500	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,611,604	\$8,500		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600	
TOTAL				1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 de marzo de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Bogotá

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	HIJO
1.087.789.085	SEBASTIAN FERNANDO ESTUPIÑAN MUÑOZ

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

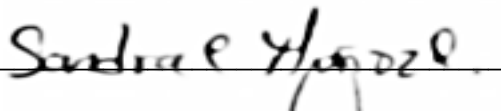
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA



Nombre: Sandra Cristina Muñoz Castillo

C.C. 37123131

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUJP 1087789085

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 40218672
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina																		
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	M	6	T			
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía																		
COLOMBIA NARIÑO TUMACO - - -																		
Datos del inscrito																		
Primer Apellido								Segundo Apellido										
ESTUPIÑAN - - -								MUÑOZ - - -										
Nombres																		
SEBASTIAN FERNANDO - - -																		
Fecha de nacimiento																		
Año	2	0	0	6	Mes	0	0	5	Día	1	3	Sexo (en letras)	MASCULINO		Grupo Sanguíneo	0	Factor RH	+
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)																		
COLOMBIA NARIÑO TUMACO - - -																		
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos																		
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO																		
Número certificado de nacido vivo																		
A 6969634																		
Datos de la madre																		
Apellidos y nombres completos																		
MUÑOZ CASTILLO SANDRA CRISTINA - - -																		
Documento de identificación (Clase y número)																		
c.c. 37.123.131 de Ipiales																		
Nacionalidad																		
COLOMBIANA																		
Datos del padre																		
Apellidos y nombres completos																		
ESTUPIÑAN BERNAL JAIME FERNANDO - - -																		
Documento de identificación (Clase y número)																		
c.c. 87.715.555 de Ipiales - -																		
Nacionalidad																		
COLOMBIANA																		
Datos del declarante																		
Apellidos y nombres completos																		
ESTUPIÑAN BERNAL JAIME FERNANDO																		
Documento de identificación (Clase y número)																		
c.c. 87.715.555 de Ipiales																		
Firma																		
Firma																		
Datos primer testigo																		
Apellidos y nombres completos																		
- - - - -																		
Documento de identificación (Clase y número)																		
- - - - -																		
Firma																		
Firma																		
Datos segundo testigo																		
Apellidos y nombres completos																		
- - - - -																		
Documento de identificación (Clase y número)																		
- - - - -																		
Firma																		
Firma																		
Fecha de inscripción																		
Año	2	0	0	6	Mes	0	0	5	Día	1	7	Nombre y firma del funcionario que autoriza						
												JUAN BAPTISTA RENGIFO PAREDES						
												Nombre y firma						

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

