SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**930510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**81071-747690**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARGOTH MARTINEZ MURCIA	**C.C.**	23.875.318	**IP/Nº de contacto**	82110
Correo electrónico contratista:	marmartinez@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 88246051067

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: 4658390/2023 **Nº Compromiso SIIF** **27023**

Valor Total del Contrato	$ 38.770.573	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.924.251	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.929.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.994.801		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales como instructor de Emprendimiento aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos de los diseños curriculares asignados por la coordinación académica para el cumplimiento de los compromisos institucionales e indicadores del centro de formación en el marco del servicio de formación para el trabajo emprendimiento establecidos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.929.450		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	**$ 3.929.450**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.604.863**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4495192904**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.571.780	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.500	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.500	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 8.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 982.362	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 868.288	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.604.863,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.481.450,00	
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	1,000%
-	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	**$3.929.450,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó formación municipio de Ciénega ficha 2740875
Se realizó formación municipio de Boyacá ficha 2720068
Divulgación de la oferta del programa SER en los Municipio Togui y Chiquinquirá segundo grupo de Gestión de proyectos comunitarios
Se envio informes solictador por la cordinacion

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.

MARGOTH MARTINEZ MURCIA
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,

ANA ESTELA VALDERRAMA ALVAREZ
INSTRUCTOR G14

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

MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23875318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARGOTH MARTINEZ MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	KRRA 9 64 B 46	TELÉFONO:	7000000
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:		**4495192904**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		9			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994020624

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	$ 251.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 251.300	$ 2.800	$ 254.100
SUBTOTALES:										**$ 251.300**	**$ 2.800**	**$ 254.100**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 196.300	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 196.300	$ 2.200	$ 0	$ 198.500
SUBTOTALES:													**$ 196.300**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 198.500**

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		$ 0	$ 16.400	$ 16.400	$ 200	$ 0	$ 16.600
SUBTOTALES:									**$ 16.400**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 16.600**

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	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 23875318	MARTINEZ MURCIA MARGOTH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.570.400	$ 251.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 251.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.570.400	$ 196.300	$ 0	$ 196.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.570.400	23875318	$ 16.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 469.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23875318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARGOTH MARTINEZ MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	KRRA 9 64 B 46	TELÉFONO:	7000000
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:			**4496535171**	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			22				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994122180
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			4495192904	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2023/04/19

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	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 900	$ 100	$ 1.000
SUBTOTALES:										**$ 900**	**$ 100**	**$ 1.000**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 700	$ 0	$ 100	$ 0	$ 700	$ 100	$ 0	$ 800
SUBTOTALES:													**$ 700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 800**

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	$ 100	$ 100	$ 100	$ 0	$ 200
SUBTOTALES:									**$ 100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 200**

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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 23875318	MARTINEZ MURCIA MARGOTH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO							A	01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.570.400	$ 251.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 251.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.570.400	$ 196.300	$ 0	$ 196.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.570.400	23875318	$ 16.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 23875318	MARTINEZ MURCIA MARGOTH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO							C	01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.575.900	$ 252.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 252.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.575.900	$ 197.000	$ 0	$ 197.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.575.900	23875318	$ 16.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 23875318	MARTINEZ MURCIA MARGOTH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO							R	01-30										25-14 COLPENSIONES	0	$ 5.500	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 900	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 5.500	$ 700	$ 0	$ 700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 5.500	23875318	$ 100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 2.000**

INTEGRIDAD PÚBLICA

FUNCIÓN PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MARGOTH MARTINEZ MURCIA

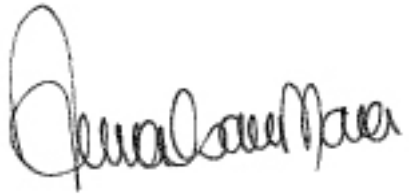
C.C 23.875.318

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de abril 2023



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761117886000

15-1020

Sogamoso,

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2023-000014

Certifico que el señor(a)Margoth Martinez Murcia identificado(a) con cedula de ciudadanía número 23875318 remitió concepto medico laboral de preingreso, concepto de valoración por psicología y exámenes complementarios requeridos para el ingreso al cargo de INSTRUCTOR en el CEGAFE , los cuales fueron validados para ser incluidos en los PVE del programa de Medicina Preventiva

Se advierte que la presente validación se hace en base a los exámenes aportados por el contratista, bajo los postulados de la buena fe, por tanto cualquier inexactitud o falsedad es imputable solo a este.

Atentamente:



ANA LUZ ESTUPIÑAN SEPULVEDA
MEDICO LABORAL
Regional Boyacá