SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - SERVICIOS PRESTADO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911010** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **23367-001152** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MABEL MURILLO CASTILLO | **C.C.** | 24.710.733 | **IP/Nº de contacto** | 3218013662 |
| **Correo electrónico contratista:** | mmurillo@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO DE BOGOTA **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 **Nº Cuenta** 390102283

**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:** 5003941/2023 **Nº Compromiso SIIF** **86923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 26.196.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 9.823.628 | **6** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 3.929.450,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.894.178 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de Administración del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigent

## 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** | **$ 2.787.338** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Octubre | Setiembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4518009188** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.787.338,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.571.780 | $ 1.571.780 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.929.450,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 196.500 | $ 196.500 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 | 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 II | $ 16.500 | $ 16.500 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 982.362 | $ - | | Reteica - 308 | 39.295,00 | 1,000% |
| | | | - | 0,00 | |
| | | | - | 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 | $ - | | | | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ - | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 929.113 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | **VALOR A PAGAR** | **$3.890.155,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

COMPETENCIA: REALIZAR PLAN ESTRATÉGICO PARA IMPULSAR LAS VENTAS EN EL PUNTO DE VENTA DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DE VENTAS DE LA EMPRESA. LOS DÍAS 2,3,4,5,6 DE OCTUBRE 2023
COMPETENCIA: APLICAR MEDIDAS DE SEGURIDAD A LAS PERSONAS , ACTIVOS, INSTALACIONES, DE LA COMPAÑÍA SEGÚN POLÍTICAS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN EL PUNTO DE VENTA. LOS DÍAS 9,10,11,12,13, 17,18,19,20 DE 2023
COMPETENCIA: EFECTUAR LOS RECIBOS Y DESPACHOS DE LOS OBJETOS SEGÚN REQUISICIONES Y DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ACTIVIDAD. LOS DÍAS 23, 24,25,26,27, 30 31 DE OCTUBRE 2023

**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.



**MABEL MURILLO 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,

**JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS**
**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**

**ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 24710733 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MABEL MURILLO CASTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ANSERMA | DEPARTAMENTO: | CALDAS |
| DIRECCIÓN: | CRA 6 1 16 | TELÉFONO: | 8573286 |
| 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: | | **4518009188** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995861726 |

**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 | $ 196.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 196.400 | $ 0 | $ 0 | $ 196.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 196.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 196.400** |

**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 | $ 16.500 | $ 16.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 16.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 16.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS 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 | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 24710733 | MURILLO CASTILLO MABEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | REQ CUMP PENS | $ 1.571.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.571.000 | $ 196.400 | $ 0 | $ 196.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.571.000 | 24710733 | $ 16.500 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 212.900** |

Planilla Pagada

104

Bogotá D.C., 2019-05-08

Señora:

MABEL MURILLO
murillocastillo.mabel@gmail.com

Ref. Rad. Porvenir: N.A
CC: 24710733
T.N: 9673056

Reciba un saludo cordial

En atención a su solicitud relacionada con el certificado de afiliado activo a Porvenir, le informamos lo siguiente:

En primer lugar precisamos que no es procedente remitir el certificado solicitado dado que su estado ante esta Administradora es “prestación definida pensionado con reintegro por vejez”

Siendo la devolución de saldos es una prestación económica del Sistema General de Pensiones, de la cual usted es beneficiario, **cesa la obligación de cotización a pensión obligatoria**, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17 de la Ley 100 de 1993[i], según el cual en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), la concurrencia de los requisitos para pensionarse extingue la obligación de cotizar, así como la obtención de una prestación del Sistema, como lo es la devolución de saldos.

En otras palabras, es claro que una vez la persona es beneficiaria de una prestación económica del Sistema General de Pensiones, cesa la obligación de cotización a pensión obligatoria.

De esta forma concluimos primero que no puede estar cotizando a pensión dado su estado actual, y que así mismo si genere aporte a pensión este solo será reintegrado a quien lo realice, es decir al empleador.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL
Atención Integral a Clientes
PAAC/Natalia S

[i] "Artículo 17. Obligatoriedad de las cotizaciones. <Artículo modificado por el artículo 4 de la Ley 797 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los regímenes del sistema general de pensiones por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas con base en el salario o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen.

La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

(…)." (Subraya y negrilla fuera de texto).

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 24710733 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 14/10/2023 08:40 PM

Código Verificación: **JM3E94KGDA**

Válida hasta: **13/01/2024**

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**