

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA 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 L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	16292-704202
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: SANDRA CRISTINA MUÑOZ CASTILLO		C.C. 37.123.131	IP/Nº de contacto 10100	
Correo electrónico contratista: scmunozc@sena.edu.co				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? NO
		Es Pensionado? NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 NO		Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	Nº Cuenta 87845419475	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº del contrato: 1423659/2020	Nº Compromiso SIIF 41220			
Valor Total del Contrato \$ 30.321.200	Nº Pago 2	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 26.783.727	Del 01/04/2020	Al 30/04/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 22.993.577	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	9404935192	\$ 1.414.989	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600		\$ 176.900	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600		\$ 226.400	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 \$ 8.000		\$ 7.400	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -			Retefuente - 8299 32.438,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -			Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -			Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -			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 \$ -			Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 379.015			Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734			VALOR A PAGAR \$ 3.757.712,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE 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 aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			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
2020-03	2020-03	598467270		9404935192	I	2020/04/08	2020/04/13	BANCOLOMBIA	\$393,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 37123131	MUÑOZ SANDRA	25-14	30	\$1,349,040	\$215,900	EPS005	30	\$1,349,040	\$168,700		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,349,040	\$7,100	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,349,040	\$215,900			\$1,349,040	\$168,700			\$0	\$0			\$1,349,040	\$7,100		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$215,900	\$800	\$0	\$216,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$215,900	\$800	\$0	\$216,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,100	\$100	\$0	\$7,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,100	\$100	\$0	\$7,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$168,700	\$700	\$0	\$169,400	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$168,700	\$700	\$0	\$169,400	
TOTAL				1	\$391,700	\$1,600	\$0	\$393,300	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, de marzo de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad 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.1087789085 ☒	Sebastian Fernando Estupiñán Muñoz	HIJO ☒

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

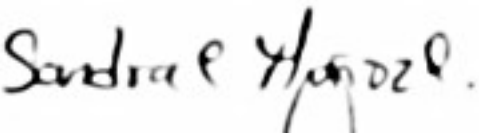
•

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



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1087789085

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40216672

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐	Notaria ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código M 6 T
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA NARIÑO TUMACO - - -						

Datos del inscrito

Primer Apellido ESTUPIÑAN - - -				Segundo Apellido MUÑOZ - - -			
Nombre(s) SEBASTIAN FERNANDO - - -							
Fecha de nacimiento							
Año	2	0	0	Mes	0	0	Día
	6				5		13
Sexo (en letras) MASCULINO				Grupo Sanguíneo O		Factor RH +	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos - - - - -	
Documento de identificación (Clase y número) - - - - -	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos - - - - -	
Documento de identificación (Clase y número) - - - - -	Firma

Fecha de inscripción

Año	2	0	0	Mes	0	0	Día	17
Nombre y firma del funcionario que autoriza JUAN BAPTISTA RENGIFO PAREDES								
Nombre y firma								

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

