

 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	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	41833-651169

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	GLORIA ESPERANZA MUÑOZ BOCANEGRA		C.C.	52.213.943
Correo electrónico contratista:	gmunozb@sena.edu.co		IP/N° de contacto	16207
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
			☐ SI	Es Pensionado?
			☐ NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ SI	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			☐ SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA		Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	24704270565
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
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ N/A			
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A			
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1330583/2020	N° Compromiso SIIF	12020	
Valor Total del Contrato	\$ 39.922.913	N° Pago	10	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.811.563	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2020	Al 30/11/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.021.413	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, Rete Fuente 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				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	32.438,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 379.015	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 744.734		
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.	GLORIA ESPERANZA MUÑOZ BOCANEGRA 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	

Último ingreso exitoso: 2020-11-17 / 09:14:45 PM | Último ingreso fallido: 2020-10-04 / 06:45:45 PM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Pensiones Voluntarias | Salir

Periodo Pensión: Octubre 2020. Periodo Salud: Octubre 2020.

Noviembre 17 de 2020 / 9:15 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > **Resumen de pago**

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	GLORIA ESPERANZA MUÑOZ BOCANEGRA	Nit:	52213943
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Octubre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Octubre 2020
Número de radicación:	46351788	Total a pagar:	\$440,200
Fecha de vencimiento:	12/11/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	04/11/2020	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número de aprobación:	790150788
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0.00	\$8,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$242,600
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0.00	\$189,600
						\$440,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

Imprimir transacción

<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.



Acerca de los certificados SSL





CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de noviembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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.	1025551067	Manuel Andrés Sandoval 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,

GLORIA ESPERANZA MUÑOZ BOCANEGRA

Nombre: Gloria Esperanza Muñoz

C.C. 52.213.943 de Bogotá



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

NUIP 1025551067

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52680661

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 57	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 057
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía						
* COLOMBIA * * * * * CUNDINAMARCA * * * * * BOGOTÁ * * * * * NOTARÍA 57 * * * * *						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
SANDOVAL		MUÑOZ	
Nombre(s)			
MANUEL ANDRÉS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	
Año 2013 Mes ENE Día 14		MASCULINO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)		Fotografía	
* * * * * COLOMBIA * * * * * CUNDINAMARCA * * * * * BOGOTÁ D.C. * * * * *		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacimiento 11809071-8
----------------------------	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad	
MUÑOZ BOCANEGRA GLORIA ESPERANZA		COLOMBIANA	
Documento de identificación (Clase y número)			
C.C. No. 52213943 DE BOGOTÁ D.C.			

Datos del padre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad	
SANDOVAL RODRIGUEZ VICTOR MANUEL		COLOMBIANA	
Documento de identificación (Clase y número)			
C.C. No. 79866956 DE BOGOTÁ D.C.			

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma	
SANDOVAL RODRIGUEZ VICTOR MANUEL			
Documento de identificación (Clase y número)			
C.C. No. 79866956 DE BOGOTÁ D.C.			

Datos primer testigo

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

Datos segundo testigo

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

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes ENE Día 25	Nombre y firma del funcionario que autografa
	LEON GUILLERMO PICO MORA (E)

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
LEON GUILLERMO PICO MORA (E)

ESPACIO PARA NOTAS

IV T 166 F 014

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO