

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL GUAVIARE CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLÓGICO DEL GUAVIARE		Código Regional 95 Código Centro 953310 Fecha Elaboración Setiembre de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 88319-178598
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ Correo electrónico contratista: rramos@sena.edu.co		C.C. 1.032.369.434 IP/N° de contacto 3124673692
	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 Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO
Inducción SST SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 82800000564		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: 4510183/2023		N° Compromiso SIIF 4723	
Valor Total del Contrato \$ 44.583.955 Saldo Anterior del Contrato \$ 14.861.318 Nuevo Saldo del Contrato \$ 10.615.227	N° Pago 8 Periodo objeto de pago Del 01/09/2023 Al 30/09/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 4.246.091,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PER/ TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN EL ÁREA AGRÍCOLA Y FORESTAL EN ARTICULACIÓN SENA CON EDUCACIÓN MEDIA QUE IMPARTE EL CDATTG EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL GUAVIARE. RDO N. 95-9-2023-000230.	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 4.246.091		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.246.091 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.489.612		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 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		Setiembre 9455276782 Agosto	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.489.612,00 Base retención en la fuente a título de ICA 0,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 0,00 0,000% Pro-Univesidad de la Amazonia 21.230,00 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 \$4.224.861,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.698.436 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 212.400 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 271.800 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 17.800 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 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 Retención en la Fuente Contingente \$ -		SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2703501, Programa Articulación con la Media Técnico en Conservación de Recursos Naturales Nodo San José del Guaviare. Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2705386, Programa Articulación con la Técnico en producción Agropecuaria Municipio el Retorno I.Edu. la Libertad - Guaviare (INELIB). Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2707198, Programa Articulación con la Media Técnico en producción Agropecuaria Municipio Calamar Institución Educativa la Cristalina - Guaviare (INEC).	
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.		RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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. ET Supervisor, EZEQUIEL TARAZONA MURILLO COORDINADOR ACADÉMICO	
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 GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032369434		RAMOS HERNANDEZ RUBEN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 No. 23-54	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5849949	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	55276782	9455276782	I	2023/10/09	2023/09/01	BANCO AV VILLAS	0	\$502,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$271,800	\$0	\$0	\$271,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$271,800	\$0	\$0	\$271,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,800	\$0	\$0	\$17,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,800	\$0	\$0	\$17,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,400	\$0	\$0	\$212,400	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$212,400	\$0	\$0	\$212,400	
TOTAL				1	\$502,000	\$0	\$0	\$502,000	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 11 de septiembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	1063183612	RAFAEL ANGEL RAMOS FOLIACO	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,

RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ
C.C. 1.032.369.434 de Bogotá D.C.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.063.183.612

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59200931

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código H 2 X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE LORICA - COLOMBIA - CORDOBA - LORICA

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

RAMOS FOLIACO

Nombre(s)

RAFAEL ANGEL

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

Año 2018 Mes ABR Día 06 MASCULINO E POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CORDOBA LORICA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14725764-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

FOLIACO PEREZ ANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.063.720.808

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMOS HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.032.369.434

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.032.369.434

Firma

Ruben D. Ramos H

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 Mes Día

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

2018 ABR 09

ESPACIO PARA NOTAS

LUIS CARLOS AVENA PEREZ - REGISTR

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

