SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**51629-066654**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSA DIANA ORDUZ CARDENAS	**C.C.**	46.383.356	**IP/Nº de contacto**	3138284345
Correo electrónico contratista:	rorduzc@sena.edu.co				

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 **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** 35839166697

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:	4610706/2023		**Nº Compromiso SIIF**	**9923**	
Valor Total del Contrato	$ 31.435.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.632.212	**8**	**Del** 01/09/2023 **Al**	30/09/2023	**$ 3.929.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.702.762		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: RADICADO 15-9-2023-001503 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADAREGULAR EN EL ÁREA DE SST

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	**$ 2.304.004**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**65127085**
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 II	$ 16.500	$ 16.500
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	$ 392.945	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 768.001	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.304.004,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.929.450,00	
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

Competencia: Fomentar prácticas seguras y saludables en los ambientes de trabajo
Fichas: Ficha presencial: 2769538 y fichas de seguimiento: 2348110, 2348446, 2374390, 2374706, 2404868, 2521943, 2340247, 2394180, 2364758 y 2615136
Semana 14 al 18 de agosto: Impartir formación en la ficha 2769538 de GSST (Rap 1: Determinar los factores de riesgo ocupacional en el ambiente laboral de acuerdo con la normatividad legal vigente).
Semana 22 al 26 de agosto: Impartir formación en la ficha 2769538 de GSST (Rap 1: Determinar los factores de riesgo ocupacional)
Semana 28 de agosto al 1 de Sep: Impartir formación en la ficha 2769538 de GSST (Rap 1: Determinar los factores de riesgo ocupacional)
Semana 4 al 8 de septiembre: Impartir formación en la ficha 2769538 de GSST (Rap 2: Elaborar el panorama de riesgos y peligros)
Semana 11 al 15 de septiembre: Impartir formación en la ficha 2769538 de GSST (Rap 2: Elaborar el panorama de riesgos y peligros).

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.

ROSA DIANA ORDUZ CARDENAS
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,

JEIMY LILIANA MOJICA PIRAGAUTA
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

HARVEY YADIVER DIMATE RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-11, 02:04:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 65127085

Periodo Cotización: agosto de 2023 **Periodo Servicio:** agosto de 2023

PAGADO 11/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROSA DIANA ORDUZ CARDENAS		
Documento	CC46383356	**Dirección**	cra 4 n 4 - 114 sur
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138284345
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 46383356	ROSA DIANA ORDUZ CARDENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.571.780	$ 251.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.571.780	$ 196.500	1,044	$ 1.571.780	$ 16.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.571.780	$ 1.571.780	$ 1.571.780	$ 0	$ 251.500	$ 196.500	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.500	$ 0	$ 464.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 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:

T.I.	**1054287283**	**DIANA NICOLE PERALTA ORDUZ**	**HIJO**
R.C	**1058359770**	**DAVID SANTIAGO PERALTA ORDUZ**	**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: ROSA DIANA ORDUZ CARDENAS_____
C.C. 46383356 de Sogamoso_____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.054.287.283
PERALTA ORDUZ
APELLIDOS
DIANA NICOLE
NOMBRES
Diana Nicole Peralta Orduz
FIRMA


09-OCT-2009
FECHA DE NACIMIENTO
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-OCT-2027
O+
F
G S RH
SEXO
FECHA DE VENCIMIENTO
10-OCT-2018 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
ÍNDICE DERECHO
P-0727700-01043952-F-1054287283-20181106
0063084652A 1
7325174013

SENA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058359770

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54354922

5435492 2

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Z M

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PERALTA	ORDUZ

Nombre(s)

DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ABR Día 18	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13940590-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORDUZ CARDENAS ROSA DIANA

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C. Nº 46.383.356	SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PERALTA HERRERA GERMAN

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C. Nº 74.184.775	SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PERALTA HERRERA GERMAN

Documento de Identificación (Clase y número)		Firma
C.C. Nº 74.184.775	SOGAMOSO	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes MAY Día 03	ROSALIA CAMARGO PALACIOS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

*_
*_
*_

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
03 MAY 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
ROSALIA CAMARGO PALACIOS
NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO BOY

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -