

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VICHADA</p> <p align="center">CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA-VICHADA</p>		Código Regional	99	
			Código Centro	953110	
			Fecha Elaboración	19 de Octubre de 2023	
			Versión	ENERO 2023 - 1,23	
			ID de Proceso	57486-660573	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		LINDA SEISNED RODRIGUEZ CARO		C.C.	23.835.913
Correo electrónico contratista:		lsrodriguez@sena.edu.co		IP/N° de contacto	0
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ SI
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		Inducción SST	☐ SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		☐ SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
		Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	0735000797
		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:	1415406141/2023	N° Compromiso SIIF	79823		
Valor Total del Contrato	\$ 11.687.152	N° Pago	2	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.965.723	Del	01/10/2023	Al	31/10/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.637.148	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	Valor Bruto Pago	\$ 4.328.575,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL EN AREA ASIGNADA EN EL CENTRO DE PRODUCCION Y TRANSFORMACION AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA Y LOS MUNICIPIOS D			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 4.328.575	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 721.429	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.050.004	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.031.728	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	Octubre	Setiembre			
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.731.430	\$ 1.121.333	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.031.728,00	TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 216.500	\$ 140.200	Base retención en la fuente a título de ICA	4.328.575,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 277.100	\$ 179.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL	\$ 9.100	\$ 5.900	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 7490	34.629,00	0,800%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Pro-Universidad Nacional	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	\$ 1.357.184	\$ 505.000	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 1.010.576			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$4.293.946,00	
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
<p>Formación tecnóloga virtual a partir del 24 de octubre en la competencia Construir el brief según metodologías de diagnóstico organiza</p> <p>Se da inicio a la formación complementaria presencial en Gestión del Desarrollo del TTHH y Atención Al Cliente En Los Procesos Adminis</p> <p>Se realizó registro de aprendices en Sofía Plus, actualización del perfil en LMS junto con anuncio de presentación de instructor</p> <p>Comité Primario de presentación y aprobación de programas de formación a documentar de la red de gestión Administrativa y financiera</p> <p>Inscripción y participación en la formación complementaria presencial FORMACION LMS TERRITORIUM PARA INSTRUCTORES SENA</p> <p>Solicitud de fichas (3) para dar inicio a la formación complementaria presencial</p> <p>Se elabora informe ejecución contractual con respectivas evidencias y se genera planilla en si contratista. Proceso de cuenta de cobro</p> <p>Se consultaron los lineamientos sobre programas, reglamentos, guías y materiales pedagógicos adoptados por el SENA</p>					
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.			LINDA SEISNED RODRIGUEZ CARO 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,		
			JHONATAN GERMAN MARTINEZ CASTRO 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 FERNANDO BARRERO CABALLERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					



RAZON SOCIAL :	LINDA RODRIGUEZ CARO
IDENTIFICACION:	CC-23835913
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-10-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-10-19
FECHA DE PAGO:	2023-10-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2023-09
PERIODO SALUD:	2023-09
NUMERO PLANILLA:	8627324162
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605990248
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.731.430	\$ 0	\$ 0	\$ 3.400	\$ 216.500	\$ 219.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.731.430	\$ 0	\$ 0	\$ 4.300	\$ 277.100	\$ 281.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.731.430	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 9.100	\$ 9.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 7.900	\$ 502.700	\$ 510.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/11/2023
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Puerto Carreño (Vichada), 31 de octubre 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.	1122529296	Valeria Parales Rodríguez	HIJO
-------------	-------------------	----------------------------------	-------------

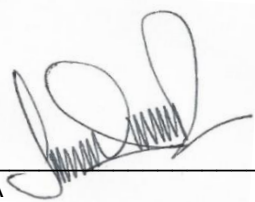
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Linda Seisned Rodríguez Caro
C.C. 23.835.913 de Orocué (Casanare)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53184632

UIP 1.122.529.296

Clase de oficina de registro - Clase de oficina
 Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 011 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 7 H
 Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
 NOTARIA 1 VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Nombre(s) del inscrito
 Primer Apellido: PARALES
 Segundo Apellido: RODRIGUEZ
 Nombre(s): VALERIA
 Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes MAR Día 25 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
 CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
 Número certificado de nacido vivo: 12386337-6

Nombre(s) de la madre
 Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CARO LINDA SEISNEZ
 Documento de identificación (Clase y número): CC 23.835.913
 Nacionalidad: COLOMBIA

Nombre(s) del padre
 Apellidos y nombres completos: PARALES ARANGUREN BREYMER ALONSO
 Documento de identificación (Clase y número): CC 1.121.828.696
 Nacionalidad: COLOMBIA

Nombre(s) del declarante
 Apellidos y nombres completos: PARALES ARANGUREN BREYMER ALONSO
 Documento de identificación (Clase y número): CC 1.121.828.696
 Firma: [Firma manuscrita]

Nombre(s) primer testigo
 Apellidos y nombres completos: [Espacio para firma]
 Documento de identificación (Clase y número): [Espacio para firma]
 Firma: [Espacio para firma]

Nombre(s) segundo testigo
 Apellidos y nombres completos: [Espacio para firma]
 Documento de identificación (Clase y número): [Espacio para firma]
 Firma: [Espacio para firma]

Fecha de inscripción: Año 2014 Mes MAR Día 31
 Nombre y firma del funcionario que autoriza: YOLIMA ZORAYA ROMERO MEDRANO
 Nombre y firma: [Espacio para firma]

Reconocimiento paterno: [Firma manuscrita]
 Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: [Firma manuscrita]
 Nombre y firma: [Espacio para firma]

31 MAR 2014 - LIBRO DE VARIOS
 Es el espacio para notas tomadas en el momento de su original que reposa en el archivo de esta notaría
 28 NOV 2016
 Notaría Primera de Villavicencio
 [Sello circular: NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO VILLAVICENCIO Romero Medrano Notaría VILLAVICENCIO]

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

