

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	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	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	54456-585739

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	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	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 \$ 6.369.136 Nuevo Saldo del Contrato \$ 2.123.045	N° Pago 10	Periodo objeto de pago Del 01/11/2023 Al 30/11/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.246.091,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		

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° Retención en la Fuente del Periodo	0,00% \$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.246.091 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.489.612		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Noviembre	Octubre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	9457939474	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.489.612,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.698.436	\$ 1.698.436	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 212.400	\$ 212.400	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 271.800	\$ 271.800	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 II	\$ 17.800	\$ 17.800	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -		Reteica - 8299	0,00 0,000%
\$ 1.061.522	\$ -			0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	\$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia	21.230,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	\$ -		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	\$ -			
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ 424.609		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 678.592	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123	\$ 829.871			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.224.861,00

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, estrategia Articulación con la Media en el programa Técnico en Conservación de Recursos Naturales Nodo San José del Guaviare. Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2705386, Programa Articulación con la Media en el programa Técnico en producción Agropecuaria Municipio el Retorno I.Edu. la Libertad - Guaviare (INELIB). Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2707198, Programa Articulación con la Media en el programa Técnico en producción Agropecuaria Municipio Calamar en la 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 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, 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
2023-11	2023-11	57939474	9457939474	I	2023/12/11	2023/11/02	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, 14 de noviembre 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 -



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Ruben Dario Ramos Hernández

C.C 1.032.369.434

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de noviembre 2023



Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761140765000