

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	16 Diciembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	79103-383181
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LINDA LORENA RUEDA GONZALEZ		
Correo electrónico contratista:		llrueda@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
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 ?
		Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
		32287456742		
		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:	4495789/2023	N° Compromiso SIIF	3123	
Valor Total del Contrato	\$ 43.153.276	N° Pago	11	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.184.976	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2023 Al 16/12/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento institucional de la enseñanza de idiomas en el área temática bilingüismo		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.184.976	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.096.830	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.281.806	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.632.794	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	Diciembre	Noviembre		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 1.638.732	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.632.794,00 TARIFA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 204.900	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 262.200	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL II	\$ 12.200	\$ 17.200	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%	
\$ 1.570.451	\$ -	\$ -	Reteica - 8523 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	\$ - 0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	\$ - 0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 262.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 204.900	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 17.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 628.181	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 1.210.931		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$2.184.976,00	
SON: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
2824259 Tn Cocina 12H 2818128 Tn Sistemas 12H 2671788 To Gestion Contable y de Informacion Financiera 12H 2824304 Tn Mantenimiento e Instalación de Sistemas Solares Fotovoltaicos 10H 2775302 Tn Cocina 12H Desarrollo Curricular To Gestion Contable y de Informacion Financiera 27H Número de planilla de seguridad social: 28228490				
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 LORENA RUEDA GONZALEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ INSTRUCTOR	
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 CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				



RAZON SOCIAL :	LINDA LORENA RUEDA GONZALEZ
IDENTIFICACION:	CC-63530862
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-12-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-12-15
FECHA DE PAGO:	2023-12-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2023-11
PERIODO SALUD:	2023-11
NUMERO PLANILLA:	28228490
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28228490
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	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 204.900	\$ 204.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 262.200	\$ 262.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.200	\$ 17.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 484.300	\$ 484.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/01/2024
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 16 de diciembre 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	1142725540	Matias Duarte Rueda	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 Lorena Rueda González
C.C. 63.530.862



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59786617

NUIP

1142725540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

DUARTE *****

RUEDA *****

Nombre(s)

MATÍAS *****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 9

Mes F E B

Día 0 4

Masculino

B

Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

15095580-4

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

RUEDA GONZALEZ LINDA LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63530862

COLOMBIANA

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

DUARTE MURALLAS HELMER

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13862471

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUARTE MURALLAS HELMER

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13862471



Firma

[Handwritten signature]

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

2 0 1 9

Mes

F E B

Día

0 7

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA

Notario Segundo Giraldo Velasco Ariza

Nombre y firma

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -