SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**22 de Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**74558-819797**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA LUISA RUIZ PEREZ	**C.C.**	1.098.654.540	**IP/Nº de contacto**	73172
Correo electrónico contratista:	mlruiz04@misena.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** 02091067563

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: 5798005/2024 **Nº Compromiso SIIF** **11424**

Valor Total del Contrato	$ 45.994.650	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.487.200	**3**	**Del**	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**$ 4.465.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.021.700		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION EN EL PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 309 DIAS VR MES $ 4.465.500,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.338**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9463770778**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.200	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 9.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.116.375	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.550	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 875.113	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.338,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - 8523	28.486,00	0,720%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	2.849,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.434.165,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Certifico el desarrollo de Formación en las Fichas Asignadas del grado once 2720877 - 2720885 - 2720881 -2720882
Certifico terminacion proceso de matricula de la Fichas Asignada de decimo 2913660 de la I.E. Piloto Simon Bolivar
Certifico la participación a las reuniones propuestas por la coordinación académica
Certifico el diligenciamiento de los documentos necesarios para el inicio de la Articulacion en la I.E. Piloto Simon Bolivar

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.

MARIA LUISA RUIZ PEREZ
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,
Firmado digitalmente por Edward Alberto Guerrero Pineda
Fecha: 2024.03.08 08:34:26 -05'00'

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA
INSTRUCTOR G20

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

WILSON BASTOS DELGADO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098654540		RUIZ PEREZ MARIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 10 # 23 A 19 BRR ESPERANZA 2	BUCARAMANGA-SANTANDER	3123371119	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	491776073	9463770778	I	2024/03/11	2024/03/04	BANCOLOMBIA	0	$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
1	CC	1098654540 RUIZ MARIA	25-14	30	$1,786,200	$285,800	EPS037	30	$1,786,200	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,200	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga , 22 de marzo de 2024

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.	**1095316325**	**DYLAN ALEJANDRO RODRIGUEZ RUIZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: MARIA LUISA RUIZ PEREZ
C.C. 1098654540

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.095.316.325**

RODRIGUEZ RUIZ

APELLIDOS

DYLAN ALEJANDRO

NOMBRES

Dylan Rodriguez

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-2014**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUL-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

12-ENE-2022 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2700150-01276931-M-1095316325-20220119 **0077**886912A 1 8503812328

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1095316325

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55083662

55083662

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 0 - 3 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 6 1 6

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-SANTANDER-FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: RODRIGUEZ

Segundo Apellido: RUIZ

Nombre(s): DYLAN ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes JUL Día 19

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 12576953-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUIZ PEREZ MARIA LUISA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1098654540 de BUCARAMANGA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 13850648 de BARRANCABERMEJA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 13850648 de BARRANCABERMEJA

Firma: X

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 2014 Mes AGO Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza
Dr. CARLOS ARTURO PADILLA ORTIZ
Notario Tercero del Circulo de
Bucaramanga

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner