SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**21496-824295**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.032.369.434	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rdramos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	82800000564
IP/Nº de contacto:	3124673692	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5778766/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI, QUE SE EJECUTE EN MARCO PROGRAMA. ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ÁREA AGRICOLA Y FORESTAL, QUE IMPARTE EL CDATTG EN DPTO GUAVIARE. RDO CPE NO. 95-9-2024-000159.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 26.513.334
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 52.056.667
Valor Bruto Pago:			**$ 4.850.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 21.663.334

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.850.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.850.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.843.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9468971071**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.940.000	$ 1.940.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 242.500	$ 242.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 310.400	$ 310.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 20.300	$ 20.300
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 485.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 948.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.265.275		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.843.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Univesidad de la Amazonia	24.250,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.825.750,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2703501, estrategia Articulación con la Media
Programa: Técnico en Conservación de Recursos Naturales Nodo San José del Guaviare.
Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2917070, Estrategia Articulación con la Media Técnico en Conservación de
Recursos Naturales, Municipio Calamar Institución Educativa la Cristalina – Guaviare (INEC).
Impartir Formación Profesional Integral Ficha: 2917106, Estrategia Articulación con la Media
Programa: Técnico en Conservación de Recursos Naturales I.Edu. Santander.
Las demás necesarias para cumplimiento del Contrato.

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

Ruben D. Ramos H.

RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION 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)

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 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
2024-07	2024-07	745447549	9468971071	I	2024/08/09	2024/07/02	BANCOLOMBIA	0	$573,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$310,400	$0	$0	$310,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$310,400	$0	$0	$310,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,300	$0	$0	$20,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,300	$0	$0	$20,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,500	$0	$0	$242,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$242,500	$0	$0	$242,500
TOTAL				**1**	**$573,200**	**$0**	**$0**	**$573,200**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 15 de julio 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:

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 D. Ramos H

RUBEN DARIO RAMOS HERNANDEZ
C.C. 1.032.369.434 de Bogotá D.C.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 31008823-9

NUIP 1.063.183.612

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59200931

59200931

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] 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 09	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA CORDOBA LORICA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O 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)	Nacionalidad
CC 1.063.720.808	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)	Nacionalidad
CC 1.032.369.434	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.032.369.434	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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año Mes Día	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Ruben D. Ramos H.	
Firma	Nombre y firma

2018 ABR 09 LUIS CARLOS AVENA PEREZ - REGISTR

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -