

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 SANTANDER CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68
			Código Centro	954510
			Fecha Elaboración	21 de Agosto de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	07251-816312
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: MARIA NIYERET BARRERA RUIZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 63.396.987		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: mnbarrera7@sena.edu.co		Número de Cuenta: 31221411954		
IP/N° de contacto: 3203412075		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato:	6447529/2024	N° Compromiso SIIF	113924	Número de pagos durante la vigencia del contrato
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION TITULADO, COMPLEMENTARIO Y/O VIRTUAL EN EL AREA TEMATICA COMUNICACION Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROG REGULAR EN EL CATA VIG 2024 PL 5M25D VM 4465545		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del	01/08/2024	Al	31/08/2024	Saldo Anterior del Contrato:
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato:	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	
Ingresos por comisiones		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 8.931.090	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 5.236.381	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	30407356	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA
ARL II		\$ 18.700	\$ 18.700	Reteica - 8299
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 285.800		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 223.300		
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 18.700		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 893.109		Otras Retenciones
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Sobretasa Bomberil
Renta Exenta 25%		\$ 21.689.120	\$ 1.746.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.148.000		
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)
				VALOR A PAGAR
				\$4.320.156,00
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
En este mes se realizarón 24 horas en la Ficha: 2999708 CONSTRUCCION DE VIAS, 48 horas en la Ficha: 2999145 BISUTERIA ARTESANAL, 48 horas en la Ficha: 2977516 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, apoyo a la oficina de comunicaciones de la regional santander en la recolección de insumos audiovisuales, se proyecta un complementario para la ultima semana del 26 al 31 de agosto.				
Total de horas para el periodo contractual: 168 horas				
Pago de Seguridad Social Planilla No. 30407356 ASOPAGOS - Mes de julio de 2024				
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			<div></div> MARIA NIYERET BARRERA RUIZ 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 periodo 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.			CAROLINA MESA BARRERA COORDINADORA DE FORMACIÓN	
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 YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



RAZÓN SOCIAL :	MARIA NIYERET BARRERA RUIZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-63396987
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-22
FECHA DE PAGO:	2024-08-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30407356
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30407356
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 223.300
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 285.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.400	\$ 9.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.500	\$ 518.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/09/2024
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 de Junio del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

TI	1097358101	ÁNGEL SEBASTIAN RAMIREZ BARRERA	Hijo(a)
----	------------	------------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

MARIA NIYERET BARRERA RUIZ
C.C. 63396987



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

NÚMERO 1097358101

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

34955408

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría ☒ Número 01	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	Q 5 Z
País: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: MALAGA						

Datos del inscrito

Primer Apellido: RAMIREZ BA		Segundo Apellido: BARRERA	
Nombre(s): ANGEL SEBASTIAN			
Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes 00 Día 02 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: "A" Factor RH: POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA SANTANDER MALAGA			

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Datos de la madre	Número certificado de nacido vivo: 525811-5
-------------------	---

Apellidos y nombres completos: BARRERA RUIZ MARIA NIYERET

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 63.396.987 DE MALAGA	Nacionalidad: COLOMBIANA
--	--------------------------

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ SUAREZ LUIS EDUIN
--

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 13.926.407 DE MALAGA	Nacionalidad: COLOMBIANA
--	--------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ SUAREZ LUIS EDUIN
--

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 13.926.407 DE MALAGA	Firma: [Firma manuscrita]
--	---------------------------

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 2012 Mes 00 Día 08	Nombre y firma del funcionario que autoriza: DRA. MARIA EUDENIA RAMIREZ HORTADO
--	---

ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA NOTARIA PRIMERA DE MALAGA. NOVIEMBRE 20 DE 2.012
VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

NOTARIA PRIMERA (E)

MARHTA LUCIA JOYA MORENO



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO