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 ANTIOQUIA

CENTRO PARA EL DESARROLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION- ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	920310
Fecha Elaboración	30 de Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	12677-362129

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAUL DAVID RUIZ ESCOBAR	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	71.225.005	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	raruize@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0394188262
IP/Nº de contacto:	0	**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**	SI

¿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	SI
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:	5928522/2024	**Nº Compromiso SIIF**	13124	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 5_9203_153 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA LLEVAR A CABO ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL ORIENTANDO FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD PRESENCIAL, A DISTANCIA Y VIRTUAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.159
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.357.746
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.614

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**73565386**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
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 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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.533.172		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
Jaime Isaza Cadavid	17.862,00	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	**$4.447.683,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se actualiza de manera permanente el portafolio de evidencias del instructor en la plataforma educativa
Se hace parte de las actividades de inducción de los aprendices de formación titulada
Se planean las actividades de aprendizaje trimestral, según el procedimiento de desarrollo curricular para el programa a impartir
Se realizan acciones de formación profesional integral en las sedes, ambientes y lugares asignados por el centro de formación
Se evalúa el portafolio de evidencias del aprendiz según procedimiento de ejecución de la formación profesional integral
Se aplica a cabalidad las medidas pertinentes y necesarias a la luz del reglamento del aprendiz
Se realiza la verificación del cumplimiento de los resultados de aprendizaje de etapa lectiva de los aprendices
Se participa en el trabajo colaborativo de los equipos de desarrollo, diseño curricular y aseguramiento de la calidad
Se cumple a cabalidad el objeto del contrato en los lugares y programas que el SENA indica

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

RAÚL RUIZ

RAUL DAVID RUIZ ESCOBAR
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,

JOSE FERNANDO RANGEL MORALES
INSTRUCTOR G16

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
MARIA ELICENIA QUINTERO CARDONA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

15/10/24 14:53:13 USUARIO: SIC - C.C. 71225005

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-15, 02:28:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 73565386

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 03/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAUL DAVID RUIZ ESCOBAR		
Documento	CC71225005	**Dirección**	CL 94A #63 A - 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3225368201
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 71225005	RAUL DAVID RUIZ ESCOBAR	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.790.000	$ 286.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.790.000	$ 223.800	0,522	$ 1.790.000	$ 9.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.790.000	$ 1.790.000	$ 1.790.000	$ 0	$ 286.400	$ 223.800	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.600	$ 1.000	$ 520.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Medellín, 30 de octubre 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:

C.C.	**1013339155**	**María José Ruiz Valderrama**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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,

RAÚL RUIZ

_____

FIRMA
Nombre: Raúl David Ruiz Escobar
C.C. 71225005

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

39047738

NUIP 1013339155

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39047738

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 10 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 75 00

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ ----------	VALDERRAMA ------

Nombre(s)

MARIA JOSE ----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes JUL Día 05	FEMENINO ---	O	+

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

COLOMBIA ANTIOQUIA ITAGUI----

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO --	A 6486076

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALDERRAMA MARTINEZ MARIBEL ---

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 43.920.754 DE BELLO --	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RUIZ ESCOBAR RAUL DAVID ---

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 71.225.005 DE BELLO --	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALDERRAMA MARTINEZ MARIBEL --

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 43.920.754 DE BELLO --	Maribel V.M 43.920.754

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
	29 ENE 2018

Fecha de inscripción

Año 2005 Mes JUL Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BERTHA OLIVA RUIZ RUIZ
NOTARIA DECIMA MEDELLIN ENCARGADA
Nombre y Firma

Reconocimiento paterno

RAÚL RUIZ ce.71225005
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BERTHA OLIVA RUIZ RUIZ
NOTARIA DECIMA MEDELLIN ENCARGADA
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 87 FOLIO 088 DE JULIO 08/2005.
SE ASIENTA ESTE REGISTRO DE CONFORMIDAD AL ART. 4o. DEL
DECRETO 1379 DE 1.972 POR PERTENECER EL MUNICIPIO DE ITAGUI
AL AREA METROPOLITANA.

08 JUL 2005

BERTHA OLIVA RUIZ RUIZ
NOTARIA DECIMA MEDELLIN ENCARGADA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA DECIMA DE MEDELLIN

Es fiel copia tomada del folio original del registro civil que reposa en nuestro archivo debidamente PROTOCOLIZADO se expide para demostrar PARENTEZCO EFECTOS CIVILES. LEGALES Y/O JUDICIALES

Solicitante VALDERRAMA MARTINEZ MARIBEL

C.C 43920754

Destinado para TRAMIN.RE.EXT. PASAPORTE

Articulo 115 Decreto 1260/70 29 ENE 2018

NOTARIA DECIMA Notario Medellin - Colombia

ELIFONSO CARDONA SANTANA

NOTARIO DECIMO (10°) DEL CIRCULO DE MEDELLIN