SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE INNOVACIÓN, LA TECNOLOGIA Y LOS SERVIVCIOS-SUCRE

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**72535-647505**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA	**C.C.**	9.294.632	**IP/Nº de contacto**	3023903635
Correo electrónico contratista:	eeflorez@sena.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** 45374885077

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: 4723877/2023 **Nº Compromiso SIIF** **29823**

Valor Total del Contrato	$ 15.398.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.034.000	**3**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.017.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDÍO, ATENDIEN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9451173220**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
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	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

No se recibió notificación para participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales
No se presentaron los siguientes hechos que ameritaron realizar reporte en SOFIAPLUS.
No se recibió notificación para participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de
No realizaron evaluaciones de aprendizajes previos
Están programadas y en ejecución las siguientes fichas: 2602187, 2616620, 2617625, 2711865, 2722352
Se aplican guías de aprendizaje y estrategias de enseñanza aprendizaje
No se recibió notificación para participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagó
No se emiten juicios evaluativos porque ningún resultado de aprendizaje ha finalizado.
Las demás evidencias necesarias para el cabal cumplimiento hacen parte integral del presente informe

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.



ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA
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,

GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 9294632		FLOREZ ACOSTA ELIO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Daniel Lemaitre Cl 70 # 18-07	CARTAGENA-BOLIVAR	6468346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2100522266	9451173220	I	2023/05/09	2023/05/26	BANCOLOMBIA	17	$484,500

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
1	CC	9294632	FLOREZ ELIO	230201	30	$1,606,800	$257,100	EPS002	30	$1,606,800	$200,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,606,800	$16,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,606,800**	**$257,100**			**$1,606,800**	**$200,900**			**$0**	**$0**			**$1,606,800**	**$16,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,100	$5,200	$0	$262,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$257,100	$5,200	$0	$262,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$400	$0	$17,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,800	$400	$0	$17,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,900	$4,100	$0	$205,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$200,900	$4,100	$0	$205,000
TOTAL				**1**	**$474,800**	**$9,700**	**$0**	**$484,500**



¡Hola, elio enrique florez acosta

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2100522266
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9451173220
Valor de la Transacción: $ 484.500
Fecha de Transacción: 26/05/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, Abril 2023

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-001867
24/04/2023 17:17:54
Destinatario: 639538

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.	**1137525806**	**SHELYANNE FLOREZ GOMEZ**	**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: ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA

C.C. 9294632 DE TURBACO-BOLIVAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1137525806

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42267165

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código D N B

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR CL. MATERNIDAD RAFAEL CALVO COLOMBIA BOLIV

Datos del inscrito

Primer Apellido: FLOREZ********** | Segundo apellido: GOMEZ**********

Nombre(s): SHELVANNE XXX**********

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes JUN Día 17 | Sexo (en letras): FEMENINO******** | Grupo sanguíneo: ******** | Factor RH: ********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA**********

Tipo de documento soporte: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO********** | Serial: A 8045600*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ SILVA DAYRIS XXX**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0032909299********** | Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FLOREZ ACOSTA ELIO ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0009294632********** | Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FLOREZ ACOSTA ELIO ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0009294632********** | Firma

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 2007 Mes JUL Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALFREDO MARTINEZ SANTACRUZ*******

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-2007

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-JUN-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

26-ENE-2017 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0500100-00902964-F-1137525806-20170508 0055275918A 1 5021707883



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.137.525.806

FLOREZ GOMEZ
APELLIDOS

SHELYANNE
NOMBRES

SHELYANNE FLOREZ GOMEZ
FIRMA