SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION Y LA INDUSTRIA - QUINDIO-

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**81665-470283**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ	**C.C.**	33.817.884	**IP/Nº de contacto**	62847
Correo electrónico contratista:	ehernandezg@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 06934784675

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: 4443995/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4923**

Valor Total del Contrato	$ 43.249.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.127.500	**5**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.110.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-010651

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	**$ 2.367.975**		**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	----------	**9450395354**
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 V	$ -	$ 0
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	$ 789.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.367.975,00	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

El contratista en cumplimiento de sus funciones adelanto funciones de formacion profesional integral en los programas de formación titulada fichas 2560452, 2710697, 2710682, asi mismo como adelantar direccion de grupo de formacion tco en catastro
Sin exceder de 160 horas del mes

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.

ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
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 33817884		HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 No. 46-16	CALARCA-QUINDIO	7502226	Si

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	2098064672	9450395354	I	2023/05/19	2023/05/25	BANCOLOMBIA	6	$470,000

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	33817884	HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	25-14	30	$1,607,000	$257,200	EPS010	30	$1,607,000	$200,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,607,000	$8,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,607,000**	**$257,200**			**$1,607,000**	**$200,900**			**$0**	**$0**			**$1,607,000**	**$8,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,200	$1,900	$0	$259,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$257,200	$1,900	$0	$259,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$100	$0	$8,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$100	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,900	$1,500	$0	$202,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$200,900	$1,500	$0	$202,400
TOTAL				**1**	**$466,500**	**$3,500**	**$0**	**$470,000**

2023/05/24 10:00 PM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ

Nro. de recibo: 9450395354

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9450395354

Identificación del contribuyente: 191.156.42.124

Concepto: CC

Razón Social: 33817884

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 24 de Mayo de 2023 09:57:48 PM

Nro. de comprobante: 0000029074

Valor pagado: $ 470,000.00

Producto: *******4675

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 01 de ffebrero de 2023

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2023-000544
2/02/2023 12:36:55 P. M.
Destinatario: 639231

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.	**1092853963**	**Santiago Ocampo Hernandez**	**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: Efeonora Hernandez Gomez

C.C. 33.817.884 de Calarca, Quindío

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

NUIP 1092853963.-

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32777554

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OCAMPO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-	HERNANDEZ.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

Nombre(s)

SANTIAGO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ENE Día 14	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DR SANTANA	51114351-7 - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 33.817.884 DE CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OCAMPO OROZCO JORGE IVAN.-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 18.395.085 de CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 33.817.884 de CALARCA QUINDIO.-X-X-X-X-X	(firma)

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !S SX!X!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

REPUBLICA DE COLOMBIA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes ENE Día 21	DR. CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA.-X-X-X-X-X-X
	Nombre y firma

CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!!
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA QUINTA ARMENIA QUINDIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Copia con serial 18

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

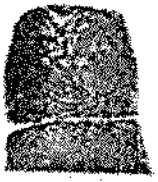
NUMERO 1.092.853.963

OCAMPO HERNANDEZ
APELLIDOS

SANTIAGO
NOMBRES

Santiago Ocamp
FIRMA

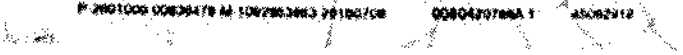




FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-2009
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-ENE-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-JUN-2016 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO







REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.092.853.963
OCAMPO HERNANDEZ
APELLIDOS

SANTIAGO
NOMBRES

Santiago Ocampo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-2009
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-ENE-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-JUN-2016 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2601000-00839478-M-1092853863-20160708 0080420769A 1 45062912

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

135

NUIP 1092853963.-

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32777554

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	05				50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OCAMPO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-	HERNANDEZ.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

Nombre(s)

SANTIAGO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009	Mes ENE	Día 14	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X-X

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DR SANTANA	51114351-7 - - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 33.817.884 DE CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OCAMPO OROZCO JORGE IVAN.-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 18.395.085 de CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 33.817.884 de CALARCA QUINDIO.-X-X-X-X-X	[firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !S SX!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

REPUBLICA DE COLOMBIA

Fecha de inscripción			*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2009	Mes ENE	Día 21	DR CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA.-X-X-X-X-X-X
			Nombre y firma

CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA QUINTA ARMENIA QUINDIO R

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

1 copia en carta 10

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6