

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA</p> <p align="center">CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA</p>		<p>Código Regional 25</p> <p>Código Centro 951210</p> <p>Fecha Elaboración Setiembre de 2023</p> <p>Versión ENERO 2023 - 1,23</p> <p>ID de Proceso 14563-427036</p>
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>		
	<p>Nombres y apellidos contratista: ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA</p> <p>Correo electrónico contratista: eeflorez@sena.edu.co</p> <p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO Es declarante de renta? ☐ NO Es Pensionado? ☐ NO</p> <p>Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Inducción SST ☐ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI</p> <p>Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☐ NO Tipo de cta AHORROS Nº Cuenta 45374885077</p> <p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) ☐ NO</p>		
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>		
<p>Nº del contrato: 5228830/2023</p>		<p>Nº Compromiso SIIF 179523</p>	
<p>Valor Total del Contrato \$ 20.211.028</p> <p>Saldo Anterior del Contrato \$ 18.572.296</p> <p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 14.475.466</p>	<p>Nº Pago 2</p>	<p>Periodo objeto de pago</p> <p>Del 01/08/2023 Al 31/08/2023</p> <p>Legalización comisiones del periodo \$ 0,00</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>		<p>SERVICIOS PERSONALES: 25-9-2023-018298 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA PARA EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LAS REDES CLAVES O TRANSVERSALES TIC O AQUELLAS QUE LE SEAN</p>	
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ingresos por honorarios \$ 4.096.830</p> <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0</p> <p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.096.830</p> <p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.402.135</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo 0,00% \$ 0</p> <p>Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0</p> <p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>			
<p>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</p>		<p>Agosto 9454131151</p>	<p>Julio</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200</p> <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -</p> <p>ARL \$ 17.200</p> <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833</p> <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466</p> <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466</p> <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200</p> <p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Dependientes hasta \$ 1.357.184</p> <p>Salud hasta \$ 678.592</p> <p>Renta Exenta 25% \$ 2.792.123</p> <p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>		<p>Base retención en la fuente a título de RENTA 2.402.135,00</p> <p>Base retención en la fuente a título de ICA 3.629.730,00</p> <p>Valor base IVA 0,00</p> <p>IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%</p> <p>Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%</p> <p>Menos Retención IVA 0,00 15%</p> <p>Reteica - 8299 25.408,00 0,700%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Descuentos de Libranza 0,00</p> <p>Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00</p> <p>VALOR A PAGAR \$4.071.422,00</p>	
<p align="center">SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE</p>			
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>2712770 - RECURSOS HUMANOS - 24 HORAS</p> <p>2773051 - RECURSOS HUMANOS - 12 HORAS</p> <p>2712771 - RECURSOS HUMANOS - 30 HORAS</p> <p>2773079 - NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES - 30 HORAS</p> <p>2750903 - RECURSOS HUMANOS - 30 HORAS</p> <p>2793515 - RECURSOS HUMANOS - 30 HORAS</p> <p>2773181 - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA - 25 HORAS</p>			
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>		<p align="center"></p> <p align="center">ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>			
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>		<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p align="center">IVAN CAMILO CABRERA MONROY INSTRUCTOR</p>	
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>			
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p> <p align="center">NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO</p> <p align="center">SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9294632		FLOREZ ACOSTA ELIO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6# 4 -44	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	6468346	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-07	2023-07	127322681	9454131151	I	2023/08/09	2023/08/29	NEQUI	\$350,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	9294632	FLOREZ ELIO	230201	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS002	30	\$1,160,000	\$145,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,160,000	\$12,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$4,200	\$0	\$189,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$185,600	\$4,200	\$0	\$189,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,200	\$300	\$0	\$12,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,200	\$300	\$0	\$12,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$3,300	\$0	\$148,300	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$145,000	\$3,300	\$0	\$148,300	
TOTAL				1	\$342,800	\$7,800	\$0	\$350,600	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9294632		FLOREZ ACOSTA ELIO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6# 4 -44	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	6468346	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-06	2023-06	83534610	9454130229	I	2023/07/11	2023/08/03	NEQUI	\$352,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	9294632	FLOREZ ELIO	230201	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS002	30	\$1,160,000	\$145,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,160,000	\$12,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$12,200		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$4,900	\$0	\$190,500	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$185,600	\$4,900	\$0	\$190,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,200	\$400	\$0	\$12,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,200	\$400	\$0	\$12,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$3,900	\$0	\$148,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$145,000	\$3,900	\$0	\$148,900	
TOTAL				1	\$342,800	\$9,200	\$0	\$352,000	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Mosquera, septiembre de 2023

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 párrafo 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1137525806

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 42267165
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D N B
REGISTRADURIA DE AUXILIAR CL. MATERNIDAD RAFAEL CALVO COLOMBIA BOLIV

Datos del inscrito

FLOREZ***** Primer Apellido ***** GOMEZ***** Segundo Apellido *****

SHELVANNE XXX*****

Año 2007 Mes JUN Día 17 Sexo (en letras) FEMENINO***** Grupo sanguíneo ***** Factor RH *****

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

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** A 8045600*****

Datos de la madre

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

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

Datos del padre

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

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

Datos del declarante

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

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

Datos primer testigo

***** Apellidos y nombres completos *****

***** Documento de identificación (Clase y número) *****

Datos segundo testigo

***** Apellidos y nombres completos *****

***** Documento de identificación (Clase y número) *****

Fecha de inscripción

Año 2007 Mes JUL Día 31 Nombre y firma del funcionario que autoriza ALFREDO MARTINEZ SANTACRUZ*****

Reconocimiento paterno Nombre y firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

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+ **F**
G S RH SEXO

26-ENE-2017 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

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