SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA

Código Regional	**25**
Código Centro	**951210**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**54816-569717**

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: 5228830/2023 **Nº Compromiso SIIF** **179523**

Valor Total del Contrato	$ 20.211.028	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.475.466	**3**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.378.636		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.402.135**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9455255515**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 17.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 800.712	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.402.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
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	25.408,00	0,700%
-	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	**$4.071.422,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2773051 - RECURSOS HUMANOS - 18 HORAS
2712770 - RECURSOS HUMANOS - 24 HORAS
2712771 - RECURSOS HUMANOS - 18 HORAS
2773079 - NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES - 18 HORAS
2750903 - RECURSOS HUMANOS -18 HORAS
2793515 - RECURSOS HUMANOS - 18 HORAS
2773181 - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA - 15 HORAS
ACTIVIDADES ADICIONALES - 40 HORAS

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,

FABIO DUVAN SUAREZ MARTIN
INSTRUCTOR G12

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

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO

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	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	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	204760295	9455255515	I	2023/09/08	2023/10/06	NEQUI	28	$499,200

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	$1,638,732	$262,200	EPS002	30	$1,638,732	$204,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,638,732	$17,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,638,732**	**$262,200**			**$1,638,732**	**$204,900**			**$0**	**$0**			**$1,638,732**	**$17,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,200	$8,000	$0	$270,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$262,200	$8,000	$0	$270,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,200	$600	$0	$17,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,200	$600	$0	$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,900	$6,300	$0	$211,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$204,900	$6,300	$0	$211,200
TOTAL				**1**	**$484,300**	**$14,900**	**$0**	**$499,200**

2023/10/06 12:29 PM

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS ☐

Mosquera, octubre 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 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:

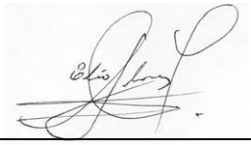
T.I.	**1137525806**	**SHELYANNE FLOREZ GOMEZ**	**HIJO**

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

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): SHELYANNE 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 inspeccion): COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA**********

Tipo de documento antecedente o Base: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO********** Número certificado de nacido vivo: 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