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 HUILA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952610**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**10771-031345**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.081.407.183	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jjramosf@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84534252560
IP/Nº de contacto:	83711	**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	NO
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:	5772663/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática bibliotecologia y demás programas de formación relacionadas con el perfil del

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.262.795
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.930.183
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.797.250

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 180.936	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.646.481**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.747.333**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.747.333,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30139959**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.646.481,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Reteica - 8299 - LA PLATA	16.263,00	0,350%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 464.648		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 916.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.681.222					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.449.282,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí Formación Profesional Integral a las siguientes titulaciones: Total de horas: 94,00
Tgo Gestión del Talento Humano Ficha 2873601 horas: 06.00
Tco Asistencia Administrativa Ficha 2731687 horas: 24.00
Tco Asistencia Administrativa Ficha 2920305 horas: 08.00
Tco Asistencia Administrativa Ficha 2939233 horas: 08.00
Tco Servicios Digitales de Bibliotecas Ficha 2879939 horas: 48.00
Realicé seguimiento a la etapa productiva de los aprendices horas: 24.00
Participé en la reuniones de desarrollo curricular de las fichas que hago parte del equipo ejecutor horas: 40.00
Total horas: 158.00

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

Firmado digitalmente por JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
Fecha: 2024.07.29 12:01:40 -05'00'

JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
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,

Ruben Dario
Ramirez Cuellar

RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR
INSTRUCTOR G20

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
HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez
Fecha: 2024.07.30 18:24:43 -05'00'

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1081407183 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	5	285.800	1.100	286.900
Período salud:	2024-06	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	5	223.300	900	224.200
Planilla Nro.:	30139959 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	5	9.400	100	9.500
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	5	0	0	0
Fecha transacción:	2024-07-24	PASENA	899999034	SENA	0	5	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	5	0	0	0
Transacción:	797286902	PAESAP	899999054	ESAP	0	5	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	5	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 520.600

PAGADO

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ **Identificación:** CC-1081407183 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2024-07-24 **Fecha limite de pago:** 2024-07-19 **Fecha de pago:** 2024-07-24 **Pagada por:** BANCOLOMBIA **Período pensión:** 2024-06 **Período salud:** 2024-06 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 30139959	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$0	$0	$1.100	$285.800	$286.900	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$0	$0	$900	$223.300	$224.200	☐
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$0	$0	$100	$9.400	$9.500	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$2.100	$518.500	$520.600	

Imprimir Descargar Resumen

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata, 30 de enero de 2024

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-001057
30/01/2024 3:49:08 p. m.

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:

NUIP - NIP	**1145830371**	**Ada Victoria Ramos Rojas**	**HIJO**

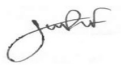
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



Firmado digitalmente por JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
Fecha: 2024.01.30 15:55:44 -05'00'

FIRMA

Nombre: __JEHINSON JOSE RAMOS FERNÁNDEZ_

C.C. ___1081407183_____

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

NUIP 1.145.830.371

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56571452

571452

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] **Código** D U W

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA H.D. S.A DE PADUA - COLOMBIA - HUILA - LA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	ROJAS

Nombre(s)

ADA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAY Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13207378-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS VERA CAMILA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.408.824	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS FERNANDEZ JEHINSON JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.407.183	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS FERNANDEZ JEHINSON JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.081.407.183	Jehinson José Ramos F.

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes MAY Día 24	DORA LILIANA OSPINA VALDEZ - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 24 de junio de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	42524	**Fecha Solicitud**	2024-06-24	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-06-24	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	AMT			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	4024	**Dependencia Solicitante**	952611 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - INTEGRACION CON LA MEDIA		
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL		

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ	CC: 1081407183	CONTRATISTA	Autorizada	2024-07-15	2024-07-15	HUILA / LA PLATA	HUILA / TESALIA	0,5	No	50	0,5	4.465.545,00	252.390,00	126.195,00	54.741,00	180.936,00	IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LA FICHA 2939233
										Totales Solicitud de Comisión				**126.195,00**	**54.741,00**	**180.936,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LA FICHA 2939233

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	12282057	Nombre:	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/24 16:58:55 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHhflorez	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 24 de junio de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	EDERNILSON QUIROGA	Fecha Verificación:	24/06/2024 16:07:10

Firmado digitalmente por:
Nombre: HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Cédula de ciudadanía: 12282057
Usuario SIIF: MHhflorez
24/06/2024 4:59:06 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjandela	JEFFERSON ANDREY ANDELA LIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-041-	CENTRO DE DESARROLLO
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-24-7:10 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4024 de fecha 2024-01-16. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	76224	**Fecha Registro:**	2024-06-24	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	180.936,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	180.936,00	**Saldo x Obligar:**	180.936,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1081407183	**Razón Social:**	JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	84534252560	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	12282057	**Nombre:**	HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Núm. Solicitud de Comisión:**	**42524**	**Número:**	COM 42524	**Tipo:**	OTROS	**Fecha:**	2024-06-24

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
952611 CENTRO DE DESARROLLO	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		180.936,00	0,00		
					Total:	180.936,00	0,00	180.936,00	180.936,00

Objeto:	IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL AL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LA FICHA: 2939233

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-041-952610	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-06-28	180.936,00	180.936,00	NINGUNO

Firmado digitalmente por Cesar Humberto Chavarro Perez

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Transacción Aprobada

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor contactarse al número telefónico: **6013811700 EXT 2105**

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Dirección:	CARRERA 8 # 6C - 38 - Bogotá, D.C. - Colombia
Teléfono:	6013811700 EXT 2105
Nit:	8999990902

DATOS DEL CLIENTE	
Identificación del Obligado:	1081407183
Nombre del Obligado:	JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
Teléfono de Contacto:	3208548795
Correo Electrónico del Pagador:	jjramos38@misena.edu.co
IP:	186.148.182.141

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	74707
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	26/07/2024
Ticket ID:	74707
Transacción/CUS:	802184922
Tipo de usuario:	Persona
Estado Transacción:	Transacción Aprobada
Concepto:	Reintegro Comisión 42524

DATOS DEL PAGO	
Ciclo Transacción:	5
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1007
Total:	180936
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA