

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL CUNDINAMARCA</p> <p align="center">CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA - SERVICIOS PRESTADOS A</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional 25</p> <p>Código Centro 951210</p> <p>Fecha Elaboración Mayo de 2021</p> <p>Versión ENERO 2021 - 1,21</p> <p>ID de Proceso 37453-365058</p> <p>No. de documento 80543</p>
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>		
	<p>Nombres y apellidos contratista: ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA</p> <p>Correo electrónico contratista: eeflores2@misena.edu.co</p>	<p>C.C. 9.294.632</p>	<p>IP/N° de contacto 3023903635</p>
	<p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ Es declarante de renta? ☐ NO ☒ Es Pensionado? ☐ NO</p>		
	<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO ☒ Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒ NO</p>		
<p>Banco al cual consignar: <input type="text"/> Tipo de cta <input type="text"/> N° Cuenta <input type="text"/></p>			
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO ☒ Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 ☐ SI ☒ NO</p>			
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>N° del contrato: 2193824/2021</p>	<p>N° Compromiso SIIF 15121</p>		
<p>Valor Total del Contrato \$ 19.500.000</p> <p>Saldo Anterior del Contrato \$ 11.830.000</p> <p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 7.930.000</p>	<p>N ° Pago 3</p> <p>Periodo objeto de pago</p> <p>Del 01/04/2021 Al 30/04/2021</p>	<p>Valor Bruto Pago \$ 3.900.000,00</p> <p>Comisiones \$ 0,00</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CÁRACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA Y DE FORMA ARTICULADA CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES EN EL ÁREA DE INFORMÁTICA O EN OTRAS QUE PER</p> <p>(Descripción del servicio prestado)</p>			
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ingresos por honorarios \$ 3.900.000</p> <p>Ingresos por comisiones \$ 0</p> <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0</p> <p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.900.000</p> <p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.299.050</p>	<p>Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00%</p> <p>Retencion en la Fuente del Periodo \$ 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>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p> <p>Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.560.000</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 195.000</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 249.600</p> <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -</p> <p>ARL II \$ 16.300</p> <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -</p> <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -</p> <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 7.522.064</p> <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</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 \$ 1.161.856</p> <p>Salud hasta \$ 580.928</p> <p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p> <p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>	<p>Abril Marzo</p> <p>9417766940</p> <p>1.560.000 \$ 1.560.000</p> <p>195.000 \$ 195.000</p> <p>249.600 \$ 249.600</p> <p>- \$ 0</p> <p>16.300 \$ 16.300</p> <p>- \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>7.522.064 \$ -</p> <p>3.630.800 \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>390.000 \$ -</p> <p>- \$ -</p> <p>766.350 \$ -</p> <p>- \$ -</p>	<p>Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00</p> <p>Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00</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 Retencion IVA 0,00 15%</p> <p>Reteica - 8299 24.188,00 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 \$ 3.875.812,00</p>	
<p align="center">SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE</p>			
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>2317778 - EXCEL INTERMEDIO (40 HORAS)</p> <p>2068763 - ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION (15 HORAS)</p> <p>2311131 - CREACIÓN DE BASES DE DATOS CON MICROSOFT ACCESS (40 HORAS)</p> <p>2311125 - CREACIÓN DE BASES DE DATOS CON MICROSOFT ACCESS (40 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">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 aquí 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 periodo 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 align="center">Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>	
		<p align="center">SANDRA LILIANA LERMA BOCANEGRA 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 SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) 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	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	Valor
2021-03	2021-03	920255112	9417766940	I	2021/04/12	2021/04/08	NEQUI	\$460,900

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	\$1,560,000	\$249,600	EPS002	30	\$1,560,000	\$195,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,560,000	\$16,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,560,000	\$249,600			\$1,560,000	\$195,000			\$0	\$0			\$1,560,000	\$16,300		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$249,600	\$0	\$0	\$249,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$249,600	\$0	\$0	\$249,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$16,300	\$0	\$0	\$16,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$16,300	\$0	\$0	\$16,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$195,000	\$0	\$0	\$195,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$195,000	\$0	\$0	\$195,000	
TOTAL				1	\$460,900	\$0	\$0	\$460,900	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Mosquera, Mayo de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, 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

ELIO ENRIQUE FLOREZ ACOSTA
C.C. 9294632 de Turbaco

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION 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 AUXILIO CL. MATERNIDAD RAFAEL CALVO COLOMBIA BOLIV

Datos del inscrito

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

SHIELYANNE XXX*****

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 emitido (Cédula de nacimiento o Certificado de nacido vivo)

CERTIFICADO MEDICO O 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 JUN Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza ALFREDO MARTINEZ SANTACRUZ*****

Reconocimiento paterno

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