

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA		Código Regional	5	
			Código Centro	920510	
			Fecha Elaboración	31 de Marzo de 2023	
	CENTRO TECNOLÓGICO DEL MOBILIARIO - ANTIOQUIA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Versión	ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso	65339-687554		
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		HEDUAN HENRY OSPINA		C.C.	71.740.043
Correo electrónico contratista:		hehospina@sena.edu.co		IP/N° de contacto	5823571
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	NO
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA		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
				N° Cuenta	518284070
		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					
N° del contrato:		4515863/2023		N° Compromiso SIIF	5523
Valor Total del Contrato		\$ 21.986.250	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 17.988.750	2	Del	01/03/2023
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 13.991.250		Al	31/03/2023
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		5-9205-271 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN FINANCIADOS CON RECURSOS REGULARES, EN EL CENTR			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 3.997.500	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.997.500	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.350.163	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.599.000	\$ 1.599.000	Base retención en la fuente a título de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 199.900	\$ 199.900	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 255.900	\$ 255.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	Reteica - 8299	
\$ 8.835.833		\$ -	\$ -	0,00	
\$ 999.375		\$ -	\$ -	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	0,00	
\$ 13.430.466		\$ -	\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	15.990,00	
\$ 4.241.200		\$ -	\$ -	0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,000%	
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ 399.750	Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 678.592	\$ -	0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 783.388	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$3.981.510,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO C01.PCCNTR.4515863 DE 2023, SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: 5_9205_271 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN FINANCIADOS CON RECURSOS REGULARES, EN EL CENTRO TECNOLÓGICO DEL MOBILIARIO REGIONAL ANTIOQUIA DE ACUERDO CON LAS ESPECIALIDADES DESCRITAS EN EL ANEXO 2 DEL ESTUDIO PREVIO					
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.					
HEDUAN HENRY OSPINA 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.					
MAURO ISAIAS ARANGO VANEGAS COORDINADOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL					
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					
ELKIN DARIO TOBON TAMAYO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71740043
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		HEDUAN HENRY „OSPINA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	ANTIOQUIA	
DIRECCIÓN:	CALLE 93 # 51 - 24	TELÉFONO:	5823571
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7870179989	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES		2023
DÍAS DE MORA:					2023
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					0
		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2023/03/07
					1957655660

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 255.900	\$ 0	\$ 255.900
SUBTOTALES:										\$ 255.900	\$ 0	\$ 255.900

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 199.900		\$ 0		\$ 0	\$ 199.900	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:												\$ 199.900	\$ 0	\$ 0		\$ 199.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.400	\$ 8.400	\$ 0	\$ 0	\$ 8.400
SUBTOTALES:									\$ 8.400	\$ 0	\$ 0	\$ 8.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 9.600	\$ 0	\$ 9.600
SUBTOTALES:			\$ 9.600	\$ 0	\$ 9.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD																						EMPLEADOR	EMPLEADO
1	CC 71740043	OSPINA HEDUAN HENRY	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.599.000			NO																		231001-COLFONDOS	30	1.599.000	\$ 255.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 255.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.599.000	\$ 199.900	\$ 0	\$ 199.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.599.000	\$ 71740043	\$ 8.400	30	1.599.000	CCCF04-CCCF DE ANTIOQUIA	\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 473.800
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Itaguí, 28 de febrero de 2023

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 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	1023650492	Sebastián Ospina González	HIJO
-------------------	-------------------	----------------------------------	-------------

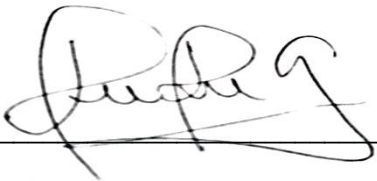
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: HEDUAN HENRY OSPINA

C.C. 71740043

REPÚBLICA DE COLOMBIA  ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL									
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial		55573896					
NUIP		1.023.650.492							
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
☐ Registraduría	☐ Notaría	☒ Número	☐ Consulado	☐ Corregimiento	☐ Inspección de Policía	Código	988	2	
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA		ANTIOQUIA			MEDELLIN				
Datos del inscrito									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
OSPINA					GONZALEZ				
Nombre(s)									
SEBASTIAN									
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH		
Año	2015	Mes	OCT	Día	22	MASCULINO			
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)									
COLOMBIA		ANTIOQUIA			MEDELLIN				
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos						Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO						13130392-9			
Datos de la madre									
Apellidos y nombres completos									
GONZALEZ LOPEZ LIZETH VANESSA									
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad			
C.C: 1.128.434.188						COLOMBIANA			
Datos del padre									
Apellidos y nombres completos									
OSPINA HEDUAN HENRY									
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad			
C.C: 71.740.043						COLOMBIANA			
Datos del declarante									
Apellidos y nombres completos									
GONZALEZ LOPEZ LIZETH VANESSA									
Documento de identificación (Clase y número)						Firma			
C.C: 1.128.434.188						Lizeth Gonzalez			
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	2015	Mes	OCT	Día	26	ELIZABETH CRISTINA CARMONA MONTAÑO			
						Nombre y firma			

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -