SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**79034-841859**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DANIEL MADRID ESPINOSA	**C.C.**	1.020.448.297	**IP/Nº de contacto**	433374
Correo electrónico contratista:	dmadrid@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** 43666393709

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: 4520458/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4523**

Valor Total del Contrato	$ 28.677.810	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.233.391	**7**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 136.561		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÒN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA, MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN LAS ÀREAS EN QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDA

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	**$ 2.415.035**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**65051040**
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 V	$ -	$ 0
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	$ 805.012	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.415.035,00	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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	16.387,00	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	**$4.080.443,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor de formación de la cadena electricidad.
Cumplir con la carga académica de la formación titulada y complementaria, asignada por el coordinador académico.
Desarrollar las actividades de entrenamiento y capacitación de la competencia: Trabajo seguro en alturas.
Se desarrollaron las actividades relacionadas con el desarrollo curricular.
Capacitar en la aplicación de medidas de prevención y protección contra caídas.
Realizar procedimientos técnicos para el control de riesgos asociados al trabajo en alturas.
Capacitar en normativa nacional del trabajo en alturas como actividad de mayor riesgo en Colombia.

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.

DANIEL MADRID ESPINOSA
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,

JOHN ALONSO MONSALVE JARAMILLO
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

GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ MORALES

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-08-08, 09:36:25 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2023
Empresa	DANIEL MADRID ESPINOSA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1020448297
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	65051040
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	90635303
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 467.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 262.200	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 204.900	$ 0

SubTotales:	$ 467.100	$ 0
Total a Pagar:		$ 467.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **DANIEL MADRID ESPINOSA** con **CC** No. **1020448297**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 02/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 01/09/2023 **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018222792.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 10 de Agosto del 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Medellín.

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.	**1032019092**	**Ana Sofía Madrid Ramírez**	**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: Daniel Madrid Espinosa.

C.C. 1020448297

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.032.019.092.-

Indicativo Serial 43974420

43974420

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 18 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 9872

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

- - - - COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN. - - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
- - - MADRID - - -	- - - RAMIREZ - - -

Nombre(s)

- - - - ANA SOFIA. - - -

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010	Mes ABR	Día 20	FEMENINO. - - - - -	- - - - - - -	- - - - -

Lugar de nacimiento (País - 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. DANE. - - - - - - - -	- - 52476134-6. - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

- - - RAMIREZ FERNANDEZ SARA CRISTINA. - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
- - - C.C.Nº 921126-32150.TI. - - -	- - - COLOMBIANA. - - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

- - - MADRID ESPINOSA DANIEL. - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
- - - C.C.Nº 1.020.448.297. - - -	- - - COLOMBIANA. - - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

- - - RAMIREZ FERNANDEZ SARA CRISTINA. - - -

Documento de identificación (Clase y número)

- - - TINº 921126-32150. - - -

Firma: Sara Ramírez

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 2010 Mes MAY Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HECTOR IVAN TOBON RAMIREZ. NOT 18o.

Nombre y firma

Daniel Madrid Espinosa

Reconocimiento paterno

DANIEL MADRID ESPINOSA.
C.C.Nº 1.020.448.297

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

HECTOR IVAN TOBON RAMIREZ. NOT 18o.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS Nº 88 Y FOLIO Nº 17.
DATOS DE LA MADRE SEGUNDO APELLIDO FERNANDEZ, SI VALE.-
FECHA DE NACIMIENTO DEL INSCRITO DIA 20, SI VALE.-

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría 18 HECTOR IVAN TOBON RAMIREZ NOTARIO DIECIOCHO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner