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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**38222-262935**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO	**Banco a consignar:**	BANCO SUDAMERIS COLOMB
Cédula de Ciudadanía	42.107.501	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rmospinac@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	90970049810
IP/Nº de contacto:	3102332322	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7433010/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**9925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.777.897
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.178.386

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7966000109**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.522.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.560.145,00**	

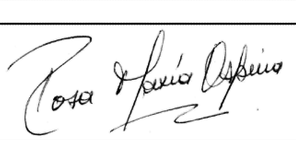
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas
Facilitar procesos de inducción y validación de aprendizajes previos, conforme a las directrices definidas por la entidad
Asistir a reuniones específicas y comités técnicos cuando sea necesario, participando en la evaluación y seguimiento de aprendizajes
Generar informes periódicos sobre el avance de las actividades asignadas y programadas en el plan de trabajo

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



ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO
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,



LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
INSTRUCTOR

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

07/04/25 17:00:16 USUARIO: SIC - C.C. 42107501

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BANCO GNB SUDAMERIS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42107501
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSA MARIA OSPINA CAMPUZANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 101A N 152A-30 CASA 82	TELÉFONO:	6453193
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación media técnica y de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7966000109**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1379004937

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 294.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 294.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 230.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 534.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 534.100**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de febrero de 2025

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:

C.C.	1088826056	MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

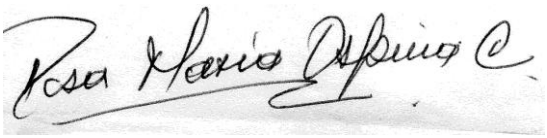
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: __ROSA MARÍA OSPINA CAMPUZANO

C.C. __42.107.501

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1088826056

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 2823141

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 9 Circulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 8 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA.

Datos del inscrito

Primer Apellido: OSPINA. Segundo Apellido: CAMPUZANO.

Nombre: MATEO ALEJANDRO.

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes ABR Día 12 | Sexo (en letras): MASCULINO. | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: positivo.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacido vivo: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. | Número certificado de nacido vivo: A 5902467

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OSPINA CAMPUZANO ROSA MARIA.

Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 42.107.501 de Pereira. | Nacionalidad: COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ---

Documento de identificación (Clase y número): --- | Nacionalidad: ---

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSPINA CAMPUZANO ROSA MARIA.

Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 42.107.501 de Pereira. | Firma: Rosa María Ospina

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 2005 Mes ABR Día 18

JOSE DANIEL TRUJILLO ARCILA
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 -





2022 - II	$1,010,000.00	$10,000.00
2022 - I	$7,740,400.00	$76,638.00
2022 - I	$1,010,000.00	$10,000.00
VALOR DESEMBOLSOS	$38,762,045.00	

NOTARIA SETENTA Y NUEVE (79) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

ACTA DE DECLARACIÓN EXTRAPROCESO No. 548

En Bogotá, Distrito Capital, República de Colombia, el día 31 de Enero de 2025, al despacho de la Notaría Setenta y Nueve (79) del Círculo de Bogotá, D.C compareció: **OSPINA CAMPUZANO MATEO ALEJANDRO** identificado(a) con la **C.C.** No **1088826056**; Estado Civil: Soltero(a) sin Unión Marital de Hecho; profesión/ocupación: estudiante; teléfono/celular: 3202797003 residente en esta ciudad en la carrera 101A No 152A-30; con el objeto de solicitar se le reciba declaración extra proceso conforme al decreto 1557 de 1989 y manifestó que: **PRIMERO.** Mis generales de ley son como han quedado anotados. ----------
SEGUNDO. Rindo esta declaración bajo la gravedad de juramento a sabiendas de las implicaciones legales del falso juramento (art. 442 Código Penal) y manifiesto que no tengo ningún impedimento legal para hacerlo y que la realizó bajo mi entera responsabilidad.----------
TERCERO. "Declaro bajo la gravedad de juramento que es un hecho cierto y verdadero y en pleno uso de mis facultades que NO me encuentro laborando por tal motivo NO recibo ingresos económicos de parte de ninguna entidad pública ni privada o por parte del Estado. ----------
Que en los últimos tres meses, octubre, noviembre y diciembre del año 2024, no he tenido ningún tipo de ingreso.----------
Y además me encuentro en séptimo semestre de comunicación social y periodismo en la universidad Externado de Colombia.----------
La presente declaración la rinde el compareciente para ser presentada ante: **A QUIEN INTERESE** para que se surtan los efectos legales pertinentes.----------
CUARTO: El decreto 960 de 1970 permite autenticar un documento y que este tenga validez para presentar ante cualquier autoridad colombiana.----------
QUINTO. Manifiesto que he leído lo que voluntariamente he declarado ante la Notaría, lo he hecho cuidadosamente y no tengo ningún reparo ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar. Por lo tanto, lo otorgo con mi firma.----------

ADVERTENCIAS DEL NOTARIO. El notario, directamente o por intermedio de sus funcionarios, a las personas que voluntariamente ofrece esta declaración, les advierte de manera clara, concreta y precisa, lo siguiente: Primero. Que la Constitución Política garantiza la libre expresión y que esa garantía constitucional debe respetar la ley, el orden público y las buenas costumbres. *Segundo*. Que esta declaración extra proceso se autoriza por la solicitud libre y espontánea del declarante. Lo que manifiesta bajo la gravedad de juramento, que no tiene órdenes de captura libradas por autoridad judicial en su contra.----------

NOTA IMPORTANTE: LEA BIEN SU DECLARACIÓN. DESPUÉS DE FIRMADA Y AUTORIZADA NO SE ACEPTAN RECLAMOS. ----------

Derechos Notariales: $18.000 IVA $3.420 $21.420. ----------

Resolución N.° 00773 de enero 26 de 2.024, expedida por la Superintendencia de Notariado y Registro.----------

Declarante

OSPINA CAMPUZANO MATEO ALEJANDRO
C.C. No. 1088826056

DIANA PATRICIA RODRIGUEZ FIGUEROA
NOTARIA 79 (E) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

Notaría 79
Círculo Notarial de la Ciudad de Bogotá D.C.
DECLARACIÓN - EXTRAJUICIO
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012

ANTE EL DESPACHO DE LA NOTARIA 79 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ CERTIFICA
fué presentado personalmente por
OSPINA CAMPUZANO MATEO ALEJANDRO Cod. a1a5a
quien se identificó con C.C. No. 1088826056
El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento.

Bogotá D.C. 2025-01-31 16:36:20

X

16658-3073...

DIANA PATRICIA RODRIGUEZ FIGUEROA
NOTARIA 79 (E) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

Powered by CamScanner

Fecha: 08-01-2025

Pagina: 1

CONSULTA RENOVACIÓN CRÉDITO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2025-1

Linea Credito FONDOS - SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO MEJORES BACH

CREDITO PARA FONDOS - SECRETARÍA DE EDUCACION DEL DISTRITO MEJORES BACH

NOMBRES COMPLETOS	MATEO ALEJANDRO OSPINA CAMPUZANO		
TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA DE CIUDADANIA	**NUMERO DE DOCUMENTO**	1088826056
IES	UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA	**PROGRAMA**	COMUNICACION SOCIAL-PERIODISMO
SOLICITUD DEL CRÉDITO PARA ESTE SEMESTRE	RENOVAR		

DATOS CODEUDORES

CODEUDOR NÚMERO 1

NOMBRES COMPLETOS	ROSA MARIAOSPINA CAMPUZANO		
TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA DE CIUDADANIA	**NUMERO DE DOCUMENTO**	42107501
DIRECCIÓN	carrera 101a # 152a-30 BOGOTA D.C. (DISTRITO CAPITAL)		
TELÉFONO	3102332322	**CORREO ELECTRÓNICO**	ROSA.OSPINA@OUTLOOK.COM

DATOS FAMILIARES

DIRECCION NUCLEO FAMILIAR	CARRERA 101A N° 152A-30 CASA 82 BOGOTA D.C. (DISTRITO CAPITAL)
TELEFONO NUCLEO FAMILIAR	3102332322

Como constancia de mi deseo de renovar el crédito con el Icetex para el 1 semestre de 2025, firmo en la ciudad de Bogotá el día 8/enero/2025.

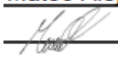
AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO, IES ENTIDADES DE DERECHO PUBLICO Y/O EMPRESAS DE CARÁCTER PRIVADO

A su vez, autorizo al ICETEX a enviarme mensajes con contenido institucional, notificaciones, información del estado de cuenta, saldos, cuotas pendientes de pago en mora y demás información relativa a mi crédito a través de correo electrónico y/o mensajes de texto al teléfono móvil.



Firma. NºDocumento : CEDULA DE CIUDADANIA No. 1088826056
RECIBI (IES)

NOMBRE Mateo Alejandro Ospina Campuzano

FIRMA 

FECHA 8/enero/2025

IMPRIMIR SALIR

NOTA: USTED DEBERÁ ENTREGAR ESTE FORMATO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO PARA QUE SU INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR REGISTRE LA NOVEDAD DE SU CRÉDITO A TIEMPO.

ESTADO DE CUENTA

Para obtener tu estado de cuenta haz clic aquí

DESEMBOLSOS

PERIODO	VALOR	SEGURO
2024 - II	$10,504,000.00	$104,000.00
2024 - II	$1,313,000.00	$13,000.00
2024 - I	$1,313,000.00	$13,000.00
2024 - I	$10,504,000.00	$104,000.00
2023 - II	$9,372,800.00	$92,800.00
2023 - II	$1,171,600.00	$11,600.00
2023 - I	$1,171,600.00	$11,600.00
2023 - I	$9,372,800.00	$92,800.00
2022 - II	$7,912,845.00	$78,345.00
2022 - II	$1,010,000.00	$10,000.00
2022 - I	$1,010,000.00	$10,000.00
2022 - I	$7,740,400.00	$76,638.00
VALOR DESEMBOLSOS	$62,396,045.00	