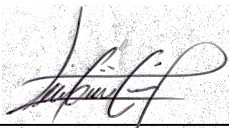


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	Abril de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	78209-993909
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: LUIS GUSTAVO ESPINOSA PAREDES		Banco a consignar:		
Cédula de Ciudadanía 1.100.959.266		Tipo de cuenta:		
Correo electrónico: lgespinosa@sena.edu.co		Número de Cuenta:		
IP/Nº de contacto: 73849		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 NO		
¿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:	5795835/2024	Nº Compromiso SIIF	6524	Número de pagos durante la vigencia del contrato 12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral: titulada y/o complementaria programada en el Centro Agroturístico en la red de conocimiento Institucional de la Enseñanza de Idiomas en el area tematica Bilinguismo		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del	01/04/2024	Al	30/04/2024	Saldo Anterior del Contrato: \$ 23.016.141
Número de pago	4			Valor Total del Contrato: \$ 30.842.400
Valor Bruto Pago:	\$ 3.855.300,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 19.160.841	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.855.300		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 \$ 3.855.300		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.260.070		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.260.070,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	29592151	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.855.300,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.542.120	\$ 1.372.487	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 192.800	\$ 171.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 246.800	\$ 219.600	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL II		\$ 16.100	\$ 14.400	Reteica - 8551 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 385.530		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$37.181.350		\$ 754.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.461.321				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$3.855.300,00
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Formacion presencial Ficha 2876602 Tn en Cocina 25 horas				
Formacion presencial Ficha 2837822 tn en ebanisteria 18 horas				
Formacion presencial Ficha 2876693 tn Promocion de contenidos en medio digitales 20 horas				
Formacion presencial Ficha 2876684 tn Nomina y prestaciones sociales 20 horas				
Formacion presencial Ficha 2926466 tn Ejecucion de programas deportivos 5 horas				
Formacion presencial Ficha 2926134 to Construcccion de edificaciones 10 horas				
Desarrollo curricular de ficha 2926466 tn Ejecucion de programas deportivos 2 horas				
anexo como planillas de pago de aportes a seguridad social las identificadas con el numero 29592151 y 29674198(novedad)				
Total horas mes 100 horas				
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				
		LUIS GUSTAVO ESPINOSA PAREDES 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 periodo 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,		
		 JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ 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 CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				



RAZÓN SOCIAL :	LUIS GUSTAVO ESPINOSA PAREDES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100959266
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-18
FECHA DE PAGO:	2024-04-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29592151
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29592151
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.372.800	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 171.600	\$ 172.100
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.372.800	\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 219.700	\$ 220.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.372.800	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 14.400	\$ 14.500
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	\$ 1.372.800	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 27.500	\$ 27.600
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 433.200	\$ 434.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/05/2024
----------------------------------	------------

RAZÓN SOCIAL :	LUIS GUSTAVO ESPINOSA PAREDES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100959266
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-04-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-25
FECHA DE PAGO:	2024-04-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29674198
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29674198
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 21.200	\$ 21.400
Subtotal Salud		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 21.200	\$ 21.400
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 27.100	\$ 27.400
Subtotal Pensión		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 27.100	\$ 27.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 1.700	\$ 1.800
Subtotal ARL		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 1.700	\$ 1.800
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Subtotal CCF		1	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PASENA	899999034	SENA	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 50.000	\$ 50.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

17/05/2024



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Abril de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

San Gil

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	1186715390	Gustavo Espinosa Marquez	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,

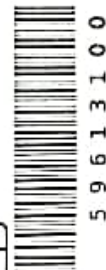
FIRMA

Nombre: Luis Gustavo Espinosa Paredes

C.C. 1100959266



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



NUIP 1186715390 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial **59613100**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒	Notaria ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Correimiento ☐	Inspección de ☐	Código	E	H	B
País - Departamento - Municipio - Correimiento en Inspección de Policía									
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL SAN GIL E.S.E.HOSP.REGIONAL DE SAN GIL **									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido										
ESPINOSA				MARQUEZ										
Nombres														
GUSTAVO														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	0	6	MASCULINO	A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Correimiento en Inspección de Policía)														
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL														

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22099610078067

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del nacido)

Apellidos y nombres completos	
MARQUEZ DIAZ MARIA JOSE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1100959046	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del nacido)

Apellidos y nombres completos	
ESPINOSA PAREDES LUIS GUSTAVO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1100959266	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ESPINOSA PAREDES LUIS GUSTAVO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1100959266	

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 2 0 2 2 Mes S E P Día 0 7	 OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
LIBRO DE VARIOS: FOLIO 88:07/09/2022	