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 SANTANDER**

**CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954510** |
| **Fecha Elaboración** | **5 Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **92066-538295** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | FREDY LEONARDO ESPINEL RODRIGUEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 13.927.445 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | flespinel@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 31234747153 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3203716624 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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:** | 6878966/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **260224** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 3 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION AREA TEMATICA ADMINISTRATIVO Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROGRAMA CAMPESENA EN EL CATA VIGENCIA 2024 PL 2M76 VM 4465545 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **10/10/2024 Al 31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.824.199 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 9.824.199 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.274.733,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.549.466 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.274.733 | 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** | **$ 3.274.733** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.252.633** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Octubre | Setiembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1273/2018** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.252.633,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 916.925 | $ 0 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.274.733,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 114.700 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 146.800 | $ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | II | $ 9.600 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,600% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0,600% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0,600% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0,600% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | | Sobretasa Bomberil | 0,00 | 10,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 9.295.337 | $ 751.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$3.274.733,00** | |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante este mes de Octubre desarrolle las siguientes actividades en la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR 6878966

Horas programadas en el mes de Octubre 120: 80 horas de formación curso Fortalecimiento en Gestión Organizacional

40 Horas de alistamiento e induccion

1. Asistí a las actividades de inducción.
2. Realicé actividades de alistamiento para el curso de formación complementaria CampeSENA.
3. Gestioné la búsqueda y la consecución de aprendices para el curso de formación complementaria.
4. Orienté la formación presencial complementaria del curso Fortalecimiento en Gestión Organizacional
5. Participé en reunión de presentación y lineamientos del programa CampeSENA.
6. Presenté cuenta de cobro y evidencias del desarrollo de la formación.

**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

**FREDY LEONARDO ESPINEL RODRIGUEZ**
**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,

**CAROLINA MESA BARRERA**
**COORDINADORA DE FORMACIÓN**

**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**
**YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CLICK PARA REINICIAR TODO

RADICADO
FECHA 08/10/2024

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: n0665

## AFILIACIÓN

### II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ( Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| ESPINEL | RODRIGUEZ | FREDY | LEONARDO |

| 7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 9. SEXO BIOLÓGICO |
|---|---|---|
| CC - Cédula de Ciudadanía | 13927445 | M ✔ |

| SEXO DE IDENTIFICACIÓN | F | ✔ | T | NB | 10. FECHA NACIMIENTO | 15 | DICIEMBRE | 1976 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | 11. NACIONALIDAD | COLOMBIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | ZONA | TELÉFONO MÓVIL |
|---|---|---|---|
| MALAGA | SANTANDER | CENTRO POBLADO | 3203716624 |

| TELÉFONO FIJO | EXT. | CORREO ELECTRÓNICO | IPS | IPS ODONTOLÓGICA |
|---|---|---|---|---|
| | | FLESPINELR@GMAIL.COM | 5004 | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 39. Nombre o Razón Social | 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 41. Número documento de identidad | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| FREDY LEONARDO ESPINEL RODRIGUEZ | CC - Cédula de Ciudadanía | 13927445 | 0 | INDEPENDIENTE |

| 43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | TIPO NOMENCLATURA | URBANA | RURAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Carrera 9 B | # 22 | 36 | | | | MALAGA | SANTANDER | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FLESPINELR@GMAIL.COM | 3203716624 | TELÉFONO FIJO | EXT | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | 05 | OCTUBRE | 2024 | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO |
| | | | | | | | | INDEPENDIENTE | INDEPENDIENTE | $ 1.300.000 |

### IX. FIRMAS

| 61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique | 62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Fredy Espinel | Fredy Espinel |

VIGILADO Supersalud

REINGRESOS

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**FREDY LEONARDO ESPINEL RODRIGUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.927.445**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Octubre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.*

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14916966578

(415)7707212489984(8020) 000001491696657 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 3 9 2 7 4 4 5 | 0 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 3 9 2 7 4 4 5 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Málaga 4 3 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESPINEL | RODRIGUEZ | FREDY | LEONARDO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Málaga 4 3 2 |

41. Dirección principal: CR 9 B 22 35 CA 36 BRR EL DORADO

42. Correo electrónico: fl_espinel@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 3 2 0 3 7 1 6 6 2 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 / 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 7 6 1 | 2 0 2 0 0 1 1 5 | 4 7 4 1 | 2 0 2 0 0 1 1 5 | 4 7 1 9 | 2 4 1 9 | 0 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 05 - 29 / 12 : 04: 51

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ESPINEL RODRIGUEZ FREDY LEONARDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/10/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999034 | **Cédula Usuario:** | CC 13928646 |
| **Nombre:** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | | |
| **Dirección:** | CLL 57 NO 8-69 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | SERVICIOALCIUDADANO@SENA.EDU.CO | | | | |
| **Teléfono:** | 5978250 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 13928646 | YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1373 | 10/10/2024 | CC 13927445 | ESPINEL RODRIGUEZ FREDY | 2 | 1.044 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

928B1728A976693590E161F4B43082CC Certificado impreso el día 10/9/2024 4:08:52 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**FREDY LEONARDO**
**ESPINEL RODRIGUEZ**
13927445

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS