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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**31931-895334**

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**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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 Agroturistico en la red de conocimiento Institucional de la Enseñanza de Idiomas en el area tematica Bilinguismo

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 3.739.641
Número de pago	**11**			**Valor Total del Contrato:**	$ 38.553.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.739.641,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.739.641	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	**$ 3.739.641**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.192.577**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**31372889**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.495.856	$ 1.542.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 187.000	$ 192.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 239.400	$ 246.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 15.700	$ 16.100
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		$ 373.964	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 731.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.739.321		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.192.577,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.739.641,00	
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 - 8551	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
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	**$3.739.641,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formacion presencial Ficha 2926134 to Construccion de edificaciones 10 horas

Formacion presencial Ficha 2990412 to Programacion de software 20 horas

Formacion presencial Ficha 2991866 tn Emprendimiento y fomento empresarial 25 horas

Formacion presencial Ficha 2991749 to Supervision en ventas 20 horas

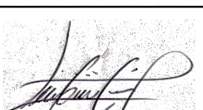
Formacion presencial Ficha 3066044 tn Cocina 20 horas

Desarrollo curricular y alistamiento del proceso formativo ficha 2991749 2 horas

total horas mes: 97 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 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,

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)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUIS GUSTAVO ESPINOSA PAREDES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100959266
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-19
FECHA DE PAGO:	2024-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31372889
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31372889
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	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.800	$ 192.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 246.800	$ 246.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.100	$ 16.100
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 30.900	$ 30.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 486.600	$ 486.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/12/2024

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Noviembre 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:

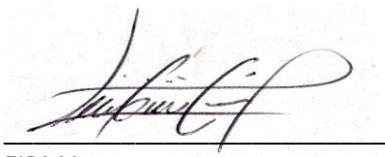
NUIP - NIP	**1186715390**	**Gustavo Espinosa Marquez**	**HIJO**

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

31873531-2

59613100

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1186715390

Indicativo Serial 59613100

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código E H B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o 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 **********

Nombre(s)

GUSTAVO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 06	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	220996100780G7 ******

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

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 parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

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 2022 Mes SEP Día 07	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

NÚMERO DE PREPARACIÓN 110751912

Powered by CamScanner