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	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**88211-691512**

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:		**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9148692/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**14226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICU CAMPESENA PL M10 D 05 VR MES $ 4.737.497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.584.973
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.164.553
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 38.847.476

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.060.011	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.797.508**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.500.757**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8640618539**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.600
		$	
		$	
		$	
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		$ 579.751	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.167.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 994.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.500.757,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.797.508,00	
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 - SOCORRO	2.899,00	0,500%
Reteica - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	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	**$4.734.598,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

*Ficha:329189 Tn instalacion de sist electricos-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3289886 Tn Cocina-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3285933 Tn ejecucion de prog deportivos-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3302007 Tn Peluqueria-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3300911 Tn contabilizacion-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3322656 Tn atencion integral-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

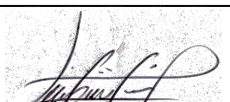
*Ficha:3149058 Tn gest de emp pecuarias-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3462502 Tn Agrotrónica-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

*Ficha:3410253 Tn Producción agropecuaria-Comp:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita

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 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,



OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

25/03/26 15:51:47 USUARIO: SIC - C.C. 1100959266

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:	2026-03-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-18
FECHA DE PAGO:	2026-03-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	8640618539
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8657515617
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	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 400	$ 236.900	$ 237.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 400	$ 303.200	$ 303.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 100	$ 19.800	$ 19.900
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 100	$ 37.900	$ 38.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 597.800	$ 598.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/04/2026

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San gil, marzo de 2026

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:

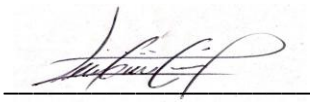
NUIP - NIP	**1186715390**	**Gustavo Espinosa Marquez**	**HIJO**

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. 1.100.959.266

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