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	**31 de Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**74169-559776**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FREDY ESTEBAN ARCINIEGAS BALLESTEROS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.100.957.581	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	farciniegasb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	32266588550
IP/Nº de contacto:	3013454133	**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**	SI

¿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	SI
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:	15800499/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**7924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: Prestar servicios profesionales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento tecnologias de la información, diseño y desarrollo de software en el área temática software (adso)

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.015.011
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.632.480
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.549.466

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.190**	**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		----------	**9474905827**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	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	$ 18.700	$ 18.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8551	0,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,500%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,500%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,500%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0,500%
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		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 873.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.088.723					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.465.545,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo a la programación establecida en los procesos formativos del centro
ficha: 3070450 programa Gestión de redes de datos. Fecha Inicio 01/10/2024 - Fecha fin 31/10/2024 = 88 h
ficha: 3070451 programa Gestión de redes de datos. Fecha Inicio 01/10/2024 - Fecha fin 31/10/2024 = 88 h

Total, Horas Impartidas octubre 176 horas

Todas las Actividades estan registradas en la plataforma sofiaplus correspondiente al mes objeto de cobro. Realizar aportes seguridad social respecto al periodo de septiembre 2024, operador aportes en línea, numero de planilla: 9474905827 , valor $ $530,400

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 E. Arciniegas B.

FREDY ESTEBAN ARCINIEGAS BALLESTEROS
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,

SANDRA YAMILE CARREÑO CASTILLO
PROFESIONAL 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(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100957581		ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 12 # 32-17	SAN GIL-SANTANDER	7248777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	988140569	9474905827	I	2024/10/18	2024/10/17	BANCOLOMBIA	0	$530,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,795,000	$287,200			$1,795,000	$224,400			$0	$0			$1,795,000	$18,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,795,000	$287,200			$1,795,000	$224,400			$0	$0			$1,795,000	$18,800		$0	$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,795,000	$287,200			$1,795,000	$224,400			$0	$0			$1,795,000	$18,800		$0	$0
1	CC 1100957581	ARCINIEGAS FREDY	25-14	30	$1,795,000	$287,200	EPS037	30	$1,795,000	$224,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,795,000	$18,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,795,000	$287,200			$1,795,000	$224,400			$0	$0			$1,795,000	$18,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100957581		ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 12 # 32-17	SAN GIL-SANTANDER	7248777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	988140569	9474905827	I	2024/10/18	2024/10/17	BANCOLOMBIA	0	$530,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$287,200	$0	$0	$287,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$287,200	$0	$0	$287,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,800	$0	$0	$18,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,800	$0	$0	$18,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,400	$0	$0	$224,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$224,400	$0	$0	$224,400
TOTAL				**1**	**$530,400**	**$0**	**$0**	**$530,400**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FREDY ARCINIEGAS
INGENIERO DE SISTEMAS

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
98e84a8dc8a4a9426f9b6518d5ab25c784f84becc0cd5f75878df9bdecd0ad455aa8b9757654b327b6d8ffcac9143739

Número de Factura: 62
Fecha de Emisión: 31/10/2024
Fecha de Vencimiento: 10/11/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN
Nombre Comercial: ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN
Nit del Emisor: 1100957581
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Santander
Municipio / Ciudad: San Gil
Dirección: CR 12 32 17 B VILLA DEL PRADO
Teléfono / Móvil: 3013454133
Correo: ingenierofredyarciniegas@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999034
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CLL 57 8-69
Teléfono / Móvil: 5461500
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1		HONORARIOS MES DE OCTUBRE 2024	WSD	1,00	$ 4.465.545,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.465.545,00

Notas Finales

#$36-02-00-068-954110; 5800499; scarrenoc@sena.edu.co #$
Linea de negocio: #$36-02-00-068-954110; 5800499; scarrenoc@sena.edu.co #$

Datos Totales

Documento generado el:
31/10/2024 16:40:41
Documento validado por la DIAN:
31/10/2024 16:40:41
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			4.465.545,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			4.465.545,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			4.465.545,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	4.465.545,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764071116475 Rango desde: 49 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-11-22

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de octubre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

T.I.	**1222253246**	**ARCINIEGAS BELTRAN ISABELLA**	**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: FREDY ESTEBAN ARCINIEGAS BALLESTEROS
C.C. 1100957581

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.222.263.246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53460657

53460657

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E R O

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FLORIDABLANCA ECC INSTITUTO DEL CORAZON COLOMBI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARCINIEGAS	BELTRAN

Nombre(s)

ISABELLA

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	1	3	Mes	O	C	T	Día	2 8	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
RECONOCIMIENTO PATERNO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BELTRAN SILVA LAURA MARGARITA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.963.573	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.957.581	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARCINIEGAS BALLESTEROS FREDY ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.100.957.581	Fredy E. Arciniegas B.

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 2013 Mes NOV Día 06	JOSE ALEJANDRO MUNOZ PALACIO - RE Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -