

 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 RISARALDA CENTRO DE DISEÑO E INNOVACION TECNOLOGICA INDUSTRIAL-RISARALDA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		66	
			Código Centro		922310	
			Fecha Elaboración		12 Diciembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		68522-025935	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		CARLOS ARTURO ARIAS PINEDA		Banco a consignar:		BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía		1.088.011.484		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		ariasp@sena.edu.co		Número de Cuenta:		452002517
IP/N° de contacto:		63473		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						
N° del contrato:		7079915/2024		N° Compromiso SIIF		567424
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL NIVEL Y MODALIDAD QUE LE SEA ASIGNADA(DESPLAZADOS-MTO MAQUINAS CONFECCION) EN EL CDITI RISARALDA 2024				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/12/2024		Al		13/12/2024
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 1.920.798
Valor Bruto Pago:		\$ 1.920.798,00		Valor Total del Contrato:		\$ 2.502.858
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 1.920.798		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		\$ 1.920.798		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.152.698		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Diciembre		Noviembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		AFILIACION		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 1.300.000		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 162.500		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 208.000		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 13.600		\$ 13.600		Reteica - 8560 - DOSQUEBRADAS
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		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 6.196.891		\$ 384.000		Otras Retenciones
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 49.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$1.916.147,00
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE EN EL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS						
Presté mis servicios como instructor en el área de formación asignada (DESPLAZADOS), dentro del Programa asignado (mantenimiento de máquinas de confección), orientando Formación Profesional Integral Titulada y/o Complementaria a las fichas asignadas						
Participo en la planeación pedagógica del programa y realice la construcción planeación pedagógica del trimestre IV del año 2024						
Participo en las jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional Integral que se llevaron a cabo						
Realice las actividades de contextualización de identificación de aprendizajes previos realizadas con cada ficha asignada						
Orienté formación profesional integral cumpliendo los lineamientos del proyecto formativo vigente, siguiendo la planeación pedagógica						
Para la formación titulada apliqué estrategias pedagógicas, didácticas dispuestas en la guía de aprendizaje						
LAS DEMAS ACTIVIDADES SE ENCUENTRAN RELACIONADAS EN EL DOCUMENTO DE GESTION CONTRACTUAL.						
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				CARLOS ARTURO ARIAS PINEDA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.				CARLOS ANDRES OTALVARO RAMIREZ COORDINADOR ACADÉMICO		
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 SANDRA YULIETH GARCIA GONZALEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02						

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion

4013584923

Fecha de Radicación

07/11/2024

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
ARIAS Primer apellido		CC		PINEDA Segundo apellido		CARLOS Primer nombre		ARTURO Segundo nombre	
				1088011484		Femenino ☐ Masculino ☒		1/6/08/1/9/92	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Categoría: Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		PORVENIR FPC		1300000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
BRR BLQ 32 APTO 31 12 MIRADOR DE LLANO GRANDE Dirección		3138949104		ARTUR92CARLOS@GMAIL.COM			
DOS QUEBRADAS Municipio/Distrito		zona Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐		Localidad / comuna		RISARALDA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Categoría de discapacidad		Condición	
B1						T P	
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito		Zona				Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
		Cabecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural									
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS DOSQUEBRADAS - VS DOSQUEBRADAS		VSDOSQUEBR - VSDOSQUEBR	
B -		-	
B -		-	
B -		-	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CARLOS ARTURO ARIAS PINEDA		CC		1088011484		01	
39. Ubicación		40. Teléfono		41. Correo electrónico		42. Municipio/distrito	
BRR BLQ 32 APTO 31 12 MIRADOR DE LLANO GRANDE Dirección		3128949		ARTUR92CARLOS@GMAIL.COM		DOS QUEBRADAS Municipio/distrito	
		RISARALDA		Departamento			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

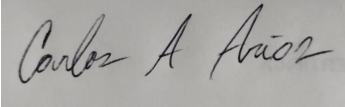
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42.Fecha	
		Femenino ☐ Masculino ☐				0 7 1 1 2 0 2 4	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código:		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
Cantidad: Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.



Versión: 04

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CARLOS ARTURO ARIAS PINEDA						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	DOSQUEBRADAS	FECHA	DICIEMBRE 2024	REGIONAL	RISARALDA	1088011484
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CDITI - DOSQUEBRADAS			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.7079915 del 2024				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐	TERMINACIÓN UNILATERAL	☐
DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES					
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA				
GESTIÓN DE TIC	☒	PEDRO NEL VARGAS MENDIETA					
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒	ADRIANA ROJAS PEREZ					
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	MONICA ARISTIZABAL BAÑOL					
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒	HERNANDO BETANCUR					
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		N/A					
CONTABILIDAD	☒	CHRISTA CAROLINA TOBON ARANGO					
TESORERIA	☒	DIANA MARITZA CASTAÑO ECHEVERRY					
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒	WILSON RAMIREZ					
BIBLIOTECA	☒	SANDRA FRANCO GIRALDO					
OTRO		N/A					
OTRO		N/A					
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	WILSON RAMIREZ					

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

CARLOS ARTURO ARIAS PINEDA
Firma del Contratista

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 1088011484 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 9 de Diciembre de 2024 a las 12:45:53

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.