

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 VALLE DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		76	
			Código Centro		101076	
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
			ID de Proceso		75296-848839	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		PEDRO ANDRES ARCE MONTAÑO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.144.095.352		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		paarce@sena.edu.co		Número de Cuenta:		91200821900
IP/N° de contacto:		17023823		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 2024		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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:						Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
N° del contrato:		7472592/2025		N° Compromiso SIIF		35125
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDIN				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/11/2025		Al		30/11/2025
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 8.630.167
Valor Bruto Pago:		\$ 4.885.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 51.129.667
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.745.167
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.885.000		Honorarios profesionales a persona declarante de re		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		\$ 4.885.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.238.800		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4630713370		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.954.000		\$ 1.954.000		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 244.300		\$ 244.300		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 312.700		\$ 312.700		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 10.200		\$ 10.200		Reteica - 8299 - BUENAVENTURA
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		\$ -				
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		
Renta Exenta 25%		\$36.062.775		\$ 1.079.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 9.534.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
						Pro-UCEVA
						Universidad del Pacífico
						Pro-Hospital
						Otras Retenciones
						Otras Retenciones
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.834.607,00
SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realicé jornada de orientación para aprendices SENA.						
Realicé seguimiento técnico operativo a empresas en puesta en marcha Diseño y Confesión G&G.						
Participé de la reunión del equipo CNP con líder de emprendimiento.						
Realicé seguimiento técnico operativo a empresas en puesta en marcha Mis Curiosidades.						
Participación de la reunión de Convocatoria Cerrada Fondo Empezar 305 - Población en reincorporación ARN.						
Participé en la Orientación de gestión documental.						
Realicé seguimiento técnico operativo a empresas en puesta en marcha Marimba Shots.						
Participé en la Socialización plan de trabajo convocatoria 305 ARN.						
Participé en la reunión con el profesional de ARN para revisión de terminos de referencia convocatoria 305.						
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						
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 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.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
DIANA ALEJANDRINA MORENO FERRIN PROFESIONAL G02						
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 FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE DIRECTOR REGIONAL						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1144095352				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					CALI					DEPARTAMENTO:					PEDRO ANDRES ARCE MONTANO				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 101 12 16					TELÉFONO:					VALLE				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 312.700	\$ 0	\$ 312.700	
SUBTOTALES:												\$ 312.700	\$ 0	\$ 312.700		

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	
SUBTOTALES:													\$ 244.300	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.200	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 10.200
SUBTOTALES:									\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 10.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU													
										ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS			INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1144095352	ARCE MONTANO PEDRO ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.954.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.954.000	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 312.700	EPS037-NUEVA EPS	30	1.954.000	\$ 244.300	\$ 0	\$ 244.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.954.000	\$ 114409535	\$ 10.200		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 567.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1144095352
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PEDRO ANDRES ARCE MONTANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 101 12 16 TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4630713370	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9994705170

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 312.700
SUBTOTAL:			1	\$ 312.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 244.300
SUBTOTAL:			1	\$ 244.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 10.200
SUBTOTAL:			1	\$ 10.200

VALOR SIN MORA:	\$ 567.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 567.200