



REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Código Regional   | 68                  |
| Código Centro     | 912210              |
| Fecha Elaboración | 18 de Marzo de 2026 |
| Versión           | ENERO - 1,26        |
| ID de Proceso     | 67556-972195        |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|                             |                               |                                                        |             |    |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|----|
| <b>Nombres y apellidos:</b> | SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN | <b>Banco a consignar:</b>                              | BANCOLOMBIA |    |
| <b>Cédula de Ciudadanía</b> | 13.718.610                    | <b>Tipo de cuenta:</b>                                 | AHORROS     |    |
| <b>Correo electrónico:</b>  | saarciniegas@sena.edu.co      | <b>Número de Cuenta:</b>                               | 79380120190 |    |
| <b>IP/N° de contacto:</b>   |                               | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>              |             | SI |
| <b>Inducción SST:</b>       | SI                            | <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b>     |             | NO |
| <b>Régimen del IVA:</b>     | NO RESPONSABLE                | <b>Es declarante de renta por el año gravable 2025</b> |             | SI |

|                                                                                                                                              |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ¿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                                                                           | SI      |
| 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:                                                  | 9131047/2026 | Nº Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                            | 10126 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 9 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) |              | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN EL PROGRAMA DE GESTION EMPRESARIAL GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PL 8 MESES VR MES \$4.737.480 |       |                                                  |   |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |            |    |                 |                              |               |
|-------------------|------------|----|-----------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/03/2026 | Al | 31/03/2026      | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 32.688.612 |
| Número de pago    | 3          |    |                 | Valor Total del Contrato:    | \$ 37.899.840 |
| Valor Bruto Pago: |            |    | \$ 4.737.480,00 | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 27.951.132 |

### RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                         |                     |                                       |             |
|-----------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                 | \$ 4.737.480        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                 | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>       | <b>\$ 4.737.480</b> |                                       | <b>\$ 0</b> |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b> | <b>\$ 2.777.832</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|                                                                                |              | Marzo        | Febrero      |                                               |                       | TARIFA |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------|--------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                                    |              | -----        | 8640228411   | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.777.832,00          |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                               |              | \$ 1.894.992 | \$ 1.894.992 | Base retención en la fuente a título de ICA   | 4.737.480,00          |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    |              | \$ 236.900   | \$ 236.900   | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  |              | \$ 303.200   | \$ 303.200   | 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                                                                         |              | \$ 19.800    | \$ 19.800    | Menos Retencion IVA                           | 0,00                  | 15%    |
|                                                                                |              | \$           |              | Reteica - 8530 - PIEDECUESTA                  | 14.212,00             | 0,300% |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | -                     | 0%     |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | 0,00                  | 0%     |
|                                                                                |              | \$           |              |                                               | 0,00                  | 0%     |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          |              | \$ -         |              |                                               | -                     | 0%     |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                        |              | \$ -         |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| 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                                                             |              | \$ 473.748   |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Salud hasta                                                                    | \$ 837.984   | \$ -         |              | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$31.031.595 | \$ 926.000   |              |                                               | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 903.000   |              |              | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                             |              | \$           |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$4.723.268,00</b> |        |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRUPO 3312458 - GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA - LIDER TECNICO DEL GRUPO - COMPETENCIA RECONOCER RECUROS FINANCIEROS |
| GRUPO 3452539 - COMPLEMENTARIO ELABORACION DEL PRESUPUESTO                                                                         |
| GRUPO CODIGO DEL GRUPO PENDIENTE POR DEFINIR, PROGRAMADO ULTIMA SEMANA DE MARZO.                                                   |

**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

**SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN**  
**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 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. *[Signature]*

SAMIR REYES GOMEZ  
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

**ROSA INES BAEZ OVIEDO**

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 18 de Marzo de 2026.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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:

|             |                   |                                 |             |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1097503144</b> | <b>MARIANA ARCINIEGAS LOPEZ</b> | <b>HIJO</b> |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|

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: SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN

C.C. 13.718.610

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE  
VALIDEZ PERMANENTE

ARTÍCULO 2º DEL 362 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS  
DEL ESTADO CIVIL. PARÁGRAFO. Las copias del registro civil  
de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos.

|      |            |
|------|------------|
| NUIP | 1097503144 |
|------|------------|

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial **50321847**

|                                                                                                                        |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|--------------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                                                                     |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |              |
| Registraduría <input type="checkbox"/>                                                                                 | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número <b>08</b> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código | <b>Q 6 E</b> |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía<br><b>COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA</b> |                                             |                  |                                    |                                        |                                                |        |              |

|                                                                                                                                   |          |          |          |                                        |                 |           |     |          |          |                 |          |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------------------------|-----------------|-----------|-----|----------|----------|-----------------|----------|-----------------|
| Datos del inscrito                                                                                                                |          |          |          |                                        |                 |           |     |          |          |                 |          |                 |
| Primer Apellido<br><b>ARCINIEGAS</b>                                                                                              |          |          |          | Segundo Apellido<br><b>LOPEZ</b> ***** |                 |           |     |          |          |                 |          |                 |
| Nombre(s)<br><b>MARIANA</b> *****                                                                                                 |          |          |          |                                        |                 |           |     |          |          |                 |          |                 |
| Fecha de nacimiento                                                                                                               |          |          |          | Sexo (en letras)                       | Grupo sanguíneo | Factor RH |     |          |          |                 |          |                 |
| Año                                                                                                                               | <b>2</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | Mes                                    | <b>0</b>        | <b>9</b>  | Día | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>Femenino</b> | <b>O</b> | <b>Positivo</b> |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)<br><b>COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA</b> |          |          |          |                                        |                 |           |     |          |          |                 |          |                 |

|                                                                                              |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos<br><b>CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</b> | Número certificado de nacido vivo<br><b>10318296-1</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                                                              |                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| Datos de la madre                                            |                   |
| Apellidos y nombres completos<br><b>LOPEZ CORTES TATIANA</b> |                   |
| Documento de identificación (Clase y número)                 | Nacionalidad      |
| <b>CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.727.128</b>                  | <b>COLOMBIANA</b> |

|                                                                       |                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Datos del padre                                                       |                   |
| Apellidos y nombres completos<br><b>ARCINIEGAS ROMAN SIMON ANDRES</b> |                   |
| Documento de identificación (Clase y número)                          | Nacionalidad      |
| <b>CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.718.610</b>                           | <b>COLOMBIANO</b> |

|                                                                       |                |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Datos del declarante                                                  |                |
| Apellidos y nombres completos<br><b>ARCINIEGAS ROMAN SIMON ANDRES</b> |                |
| Documento de identificación (Clase y número)                          | Firma          |
| <b>CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.713.610</b>                           | <i>[Firma]</i> |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos primer testigo                         |       |
| Apellidos y nombres completos<br>*****       |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| *****                                        |       |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos segundo testigo                        |       |
| Apellidos y nombres completos<br>*****       |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| *****                                        |       |

|                                                                                              |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Fecha de inscripción                                                                         | Nombre y firma del funcionario que autoriza            |
| Año <b>2</b> <b>0</b> <b>1</b> <b>0</b> Mes <b>O</b> <b>C</b> <b>T</b> Día <b>1</b> <b>5</b> | <b>DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO</b><br><i>[Firma]</i> |
|                                                                                              | Nombre y firma                                         |

|                        |                                                                     |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
| Firma                  | Nombre y firma                                                      |

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | SIMON ANDRES ARCINIEGAS ROMAN |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC- 13718610                  |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2026-02-25                    |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2026-03-04                    |
| FECHA DE PAGO:               | 2026-02-25                    |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DE BOGOTA               |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2026-02                       |
| PERÍODO SALUD:               | 2026-02                       |
| NÚMERO PLANILLA:             | 8640228411                    |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                             |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 8699677287                    |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                             |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE               | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS046         | 900914254 | SALUD MIA EPS        | 1                | \$ 2.524.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 315.500                | \$ 315.500  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR             | 1                | \$ 2.524.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 403.900                | \$ 403.900  |
| 14-23          | 860011153 | PORTIVA              | 1                | \$ 2.524.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 61.500                 | \$ 61.500   |
| CCF40          | 890201578 | COMFENALCO SANTANDER | 1                | \$ 2.524.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 15.200                 | \$ 15.200   |
| Total a pagar  |           |                      |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 796.100                | \$ 796.100  |

PAGADO