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 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 Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**60245-456327**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	37.864.642	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	paoorduz@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0488431038105
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 2024**	NO

¿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	NO
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7420132/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR LA FORMACION DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER PL 09 MESES Y 17 DIAS VR MES $4.599.510

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025** **Al** **28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.001.979
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.001.979
Valor Bruto Pago:	**$ 2.913.023,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 41.088.956

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.023	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	**$ 2.913.023**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.651.021**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8384245030**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 14.900	$ 0
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		$ 291.302	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 550.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.651.021,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.913.023,00	
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 - 8530 - PIEDECUESTA	8.739,00	0,300%
.	0,00	0%
.	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	**$2.904.284,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión capacitación nuevas directrices del programa de articulación con la media académica

Reunion con rectores, coordinadores y homologos de las instituciones educativas que van iniciar su proceso de matricula grados 10 2025

Programa de formación: Técnico Producción Animal

Ficha : 2914261

Actividad: Reinducción y presentación de los aprendices del grado 11

Reunión con rectores y homólogos para establecer horarios de formación

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

PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ
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,

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
INSTRUCTOR

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
JENNIFER PAOLA MONSALVE LEON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Paola Mercedes Orduz Gomez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **37864642,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 37864642
NOMBRES Y APELLIDOS	Paola Mercedes Orduz Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/06/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	06/03/2008
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	577 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/05/2021
NIVEL SISBEN	No aplica

EMPLEADOR(ES)*

CEDULA DE CIUDADANIA 37864642 Trabajador Independiente Desde 14/01/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 37864642 PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ Desde 01/02/2024 Hasta 31/12/2024
N.I.T. 901738324 GALERIA 42 SAS Desde 16/09/2023 Hasta 01/01/2024

Generado por jgil 28/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ** identificado con **CC** No. **37864642**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 28/11/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012661813.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37864642,** se encuentra afiliado/a desde **05/03/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973409092

(415)7707212489984(8020) 000001497340909 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 8 6 4 6 4 2	0	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 8 6 4 6 4 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORDUZ	GOMEZ	PAOLA	MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CL 200 12 528 CONJ OLYMPO TO 3 AP 1308

42. Correo electrónico: mipaito06@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 4 7 1 5 4 1 0	3 2 0 9 8 7 2 0 9 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 5 0 0	2 0 0 7 1 2 2 6	8 5 2 3	2 0 0 7 1 2 2 6	4 6 1 0	7 3 2 0	2 2 2 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORDUZ GOMEZ PAOLA MERCEDES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 18 de febrero de 2024

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:

T.I.	**1097790517**	**MATHIAS HERNANDEZ ORDUZ**	**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: PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ
C.C. 37.864.642 DE BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097790517

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53237655

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q7E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	ORDUZ **********

Nombre(s)

MATHIAS **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ABR Día 17	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12573598-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORDUZ GOMEZ PAOLA MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.864.642	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ SALCEDO ANDERSON EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.865.130	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ SALCEDO ANDERSON EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.865.130	

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 2014 Mes ABR Día 22	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS DE VARIOS TOMO 001 FOLIO #112

REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPTO. DE SANTANDER SANDY J. BAYONA GOMEZ NOTARIA (E) NOTARIA 9 DEL CIRCULO BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPTO. DE SANTANDER SANDY J. BAYONA GOMEZ NOTARIA (E) NOTARIA 9 DEL CIRCULO BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPTO. DE SANTANDER SANDY J. BAYONA GOMEZ NOTARIA (E) NOTARIA 9 DEL CIRCULO BUCARAMANGA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

53237655

Escaneado con CamScanner

NOTARIA NOVENA
Bucaramanga

Arts. 115 Dcto. Ley 1260/70 y 1o Dcto. 278/72

Bucaramanga, 2021-12-07 14:26:25

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA

Serial No. 53237655

A solicitud de

PAOLA MERCEDES ORDOZ GOMEZ

Identificado con **C.C. 37.864.642**

VALIDO PARA: TRAMITES LEGALES

Func.: 2402-b838f0af

SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ
NOTARIA NOVENA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento
Cod.: aczl6

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE SANTANDER BAYONA GOMEZ NOTARIA (E) DEL CIRCULO BUCARAMANGA

Escaneado con CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ
No. Identificación: CC37864642
Dirección: CRA 38A 46 86 APTO 601 AMAZONAS
Telefono: 6076056890
Correo: mipaito06@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8384245030

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC37864642	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2025
Número de planilla	8384245030	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2025
Fecha pago	2025-02-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	39535330	**Total Pagado**	440500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS005	Sanitas EPS	178000	1

8384245030

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 37864642
APELLIDOS Y NOMBRES: PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información