



REGIONAL BOLÍVAR

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y MINERO-BOLIVAR

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

Código Regional	13
Código Centro	910410
Fecha Elaboración	Febrero de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	71035-861649

Nombres y apellidos:	GRACE LOZANO PEREZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	45.532.974	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	glozano048@gmail.com	Número de Cuenta:	78829166045
IP/Nº de contacto:		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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

Nº del contrato:	7418121/2025	Nº Compromiso SIIF	12425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL APLICANDO LA METODOLOGÍA DE FORMACIÓN POR PROYECTOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y RESULTADOS DE APRENDIZAJES DEL ÁREA DE CULTURA FÍSICA EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA				

Del	10/02/2025	Al	28/02/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.374.964
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 47.374.964
Valor Bruto Pago:			\$ 2.913.024,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 44.461.940

Ingresos por honorarios	\$ 2.913.024	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	\$ 2.913.024	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.874.724	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

		Febrero	Enero			1.874.724,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9481891877	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.913.024,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 0	Valor base IVA		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	15%
ARL I		\$ 7.500	\$ 0	Menos Retencion IVA		24.935,00	0,856%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8299 - CARTAGENA		0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	-			0,00	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		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 625.000					
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR		\$2.888.089,00	

área de seguimiento etapa práctica del área de HSEQ Y SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION en programas de formación titulada y/o complementaria Diagnostico de 30 fichas con 135 aprendices
--

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

Grace Lozano P
GRACE LOZANO PEREZ
EL CONTRATISTA

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.	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
	OMAIRA DEL SOCORRO MIRANDA MACIAS

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 PATRICIA TORRES BENAVIDES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02



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 Grace Lozano Perez, identificado(a) con CC número 45532974, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 45532974
NOMBRES Y APELLIDOS	Grace Lozano Perez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	11/12/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2009
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	465 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	3386 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/05/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

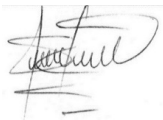
Independiente Desde 01/01/2018 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GRACE LOZANO PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **45532974**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** 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 30 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45532974		LOZANO PEREZ GRACE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 26 N 71-231 PLAZUELA MAYOR TORRE1	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-01	2025-01	1284856451	9481891877	I	2025/02/18	2025/02/24	BANCOLOMBIA	\$415,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
1	CC 45532974	LOZANO GRACE	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45532974		LOZANO PEREZ GRACE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 26 N 71-231 PLAZUELA MAYOR TORRE1	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-01	2025-01	1284856451	9481891877	I	2025/02/18	2025/02/24	BANCOLOMBIA	\$415,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,000	\$0	\$228,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,000	\$0	\$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
TOTAL				1	\$413,300	\$1,900	\$0	\$415,200

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/02/2025VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 88147752
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 NO 8-69				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	servicioalciudadano@sena.edu.co				
Teléfono:	5461500		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 88147752	JAIME TORRADO CASADIEGOS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1475	06/02/2025	CC 45532974	LOZANO PEREZ GRACE	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FRT5_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

BF62BA43C2E7696098C38DA8AA1797C4

Certificado impreso el día 2/5/2025 3:37:43 PM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



MINISTERIO DE SALUD
VIGILANCIA Y PROTECCIÓN
DE LA SALUD

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

GRACE

LOZANO PEREZ

45532974

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

899999034

Este carné es personal e intransferible.

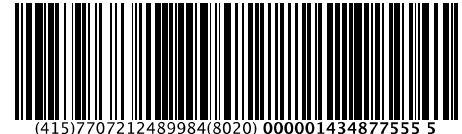
2. Concepto Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14348775555



(415)7707212489984(8020) 000001434877555 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

4 5 5 3 2 9 7 4 -

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación:

4 5 5 3 2 9 7 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 0 0 2 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1

6

9

29. Departamento:

Bolívar

1

3

30. Ciudad/Municipio:

Cartagena

0

0

1

31. Primer apellido

LOZANO

32. Segundo apellido

PEREZ

33. Primer nombre

GRACE

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento:

Bolívar

1

3

40. Ciudad/Municipio:

Cartagena

0

0

1

41. Dirección principal

CON PLAZUELA MAYOR TO 1 AP 301

42. Correo electrónico:

greylo1@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 0 0 4 9 8 4 7 9 4

45. Teléfono 2:

6 7 4 2 6 5 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 3 0 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

2 4 1 9

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2	5															

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

Año

Mes

Día

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



Hace constar:

Que el Sr(a) GRACE LOZANO PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45532974 realizó el día 21/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo GRACE LOZANO PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45532974 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACE LOZANO PEREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 45532974 el día 21/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas