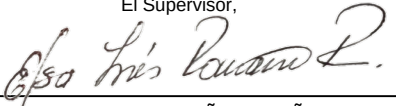


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)				Código Regional	27	
	REGIONAL CHOCÓ				Código Centro	952210	
	CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ				Fecha Elaboración	Marzo de 2025	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1				Versión	ENERO - 2.25	
ID de Proceso						65280-771433	
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:	DELICIA MARIA AGUILAR MACHADO				Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía	35.896.868				Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:	aguilarm@sena.edu.co				Número de Cuenta:	53635430784	
IP/Nº de contacto:	3005110040				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	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:	7537343/2025		Nº Compromiso SIIF	9125		Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TRES (03) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO A LA ETAPA PRODUCTIVA DE LOS APRENDICES EN LA MODALIDAD DE TITULADA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES,				
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	03/03/2025		Al	31/03/2025		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 44.420.987
Número de pago	1				Valor Total del Contrato:	\$ 44.420.987	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.411.673,00				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 40.009.314	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios	\$ 4.411.673				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	\$ 4.411.673				Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.593.206				TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
			Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----	1070924316	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.764.669	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA		
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 220.600	\$ 0	Valor base IVA		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 282.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		
ARL			\$ 9.300	\$ 0	Menos Retencion IVA		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -	-	Reteica - 8551 - QUIBDO		
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			\$ -	-	Otras Retenciones		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -	-	Pro Utch		
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -	-	Otras Retenciones		
Dependientes hasta			\$ 441.167	-	Otras Retenciones		
Salud hasta			\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		
Renta Exenta 25%			\$32.784.341	\$ 865.000	Otras Retenciones		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			\$ 0	-			
Retención en la Fuente Contingente			\$	-	Descuentos de embargo (Si tiene)		
					VALOR A PAGAR	\$4.337.681,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS MI/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Realicé visitas presenciales en la ciudad de Quibdó, a diferentes aprendices que se encuentran desarrollando la Etapa Productiva							
Orienté a funcionarias Juana Quejada y Yilse Ruiz, acerca del proceso del desarrollo de la etapa productiva. así como también orienté la contratista Mara Martinez.							
Revisé Bitacoras de los aprendices que vienen de la vigencia del 2024 con su respectiva firma.							
Revisé formatos de planeación y Evaluación de los aprendices que vienen desarrollando la etapa productiva y los que inician.							
Realicé visitas telefónicas a diferentes aprendices que se encuentran desarrollando la etapa productiva fuera del municipio de Quibdó.							
Asesoré a diferentes aprendices que culminaron la etapa productiva para el diligenciamiento de los formatos y de mas documntos que se requieren para la certificación.							
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							
					DELICIA MARIA AGUILAR MACHADO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.							
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:					ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA INSTRUCTOR G15		
EL ORDENADOR DEL PAGO JHON DERLYNG CARDONA DELGADO DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO							



PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2025-03-05, 03:01:24 PM Tipo Planilla: I: Planilla independientes Número Planilla: 1070924316

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

PAGADO 05/03/2025

Filtro Seleccionado
Ubicación Laboral CHOCO

Datos del Aportante

Razón Social	DELCIA MARIA AGUILAR MACHADO				
Documento	CC35896868	Dirección	CR 8 #21 - 82 BR SAN MARTIN		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3005110040		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO		
Ciudad	QUIBDO	Departamento	CHOCO		
Representante Legal		Identificación			

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 2.400	\$ 230.200
N900156264	EPS037	NUEVA EPS S.A.	1	\$ 178.000	\$ 1.900	\$ 179.900
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 7.500	\$ 100	\$ 7.600
N899999034	PASENA	SENA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total Pagado				\$ 413.300	\$ 4.400	\$ 417.700

Señor empleador, este reporte contiene el valor total de su planilla para el filtro por ubicacion laboral CHOCO. No incluye el descuento de Incapacidades ni saldos a favor, estos se descuentan en el informe sin filtros.



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14682481350			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 35896868				6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Quibdó	
14. Buzón electrónico 18							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 35896868			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Chocó		30. Ciudad/Municipio Quibdó		001	
31. Primer apellido AGUILAR		32. Segundo apellido MACHADO		33. Primer nombre DELCIA		34. Otros nombres MARIA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Chocó		40. Ciudad/Municipio Quibdó		001	
41. Dirección principal CR 8 21 82 BRR SAN MARTIN							
42. Correo electrónico mavyram@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 6717165		45. Teléfono 2 3005110040			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Ocupación					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7220		47. Fecha inicio actividad 20100126		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
50. Código 1		2		51. Código 3460			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre AGUILAR MACHADO DELCIA MARIA				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del 2do COTIZANTE**CC 35896868 DELCIA MARIA AGUILAR MACHADO**

Estado Cotizante:	Vigente
Causal:	0125
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	4
Fecha Afiliación:	01/02/2018
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 14 de Marzo de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

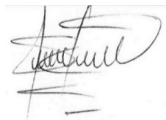
**Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DELICIA MARIA AGUILAR MACHADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35896868**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2018** 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 14 de marzo 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



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 3 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

RC	1018279926	ANDRES ALBARRACIN AGUILAR	Hijo(a)
----	------------	---------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

DELICIA MARIA AGUILAR MACHADO
C.C. 35896868



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62412010

NUIP

1018279926

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 4 M

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 24 MEDELLIN * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

ALBARRACIN * * * * *

Segundo Apellido

AGUILAR * * * * *

Nombre(s)

ANDRES * * * * *

Fecha de nacimiento

Año 2 0 2 2

Mes 0 6

Día 2 6

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

22104710161540 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

AGUILAR MACHADO DELCIA MARIA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 35896868 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN MOSQUERA RODRIGO ANDRES * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 11810176 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN MOSQUERA RODRIGO ANDRES * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 11810176 * * * * *

Firma

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

Año

2 0 2 2

Mes

0 6

Día

2 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HECTOR MAURICIO DAVILA BRAVO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cardena s.a.



CERTIFICACIÓN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

El programa de medicina preventiva del SENA Regional Chocó, certifica que el examen ocupacional presentado por el señor(a) **DELICIA MARIA AGUILAR MACHADO**, identificado(a) con cedula **35.896.868**, se encuentra vigente para el proceso de contratación.

La validación de este examen fue realizado por la médica ocupacional en la vigencia 2025, one drive SST.

La expedición de la presente certificación no exime de cumplimiento y aplicación de las normas que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo regulan la materia.

Dada en Quibdó, a los 17 días del mes de Febrero de 2025.

FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO

Medica Seguridad y Salud en el trabajo

Dirección General/Regional/Centro
Dirección Cra 1 #28-71, Ciudad Quibdó. - PBX 57 601 5461500