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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA FO

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**91788-103908**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDUIN MARQUEZ BLANDON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.804.363	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edwinmarquez29@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	53651773993
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**	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:	7805325/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**49325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE CUARENTA Y SIETE (47) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE OFERTA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**09/05/2025 Al 31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.670.592
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.670.592
Valor Bruto Pago:	**$ 4.089.265,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 38.581.327

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.089.265	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	**$ 4.089.265**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.710.365**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9485974781**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.635.706	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 204.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 261.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.600	$ 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		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 26.227.473	$ 904.000	
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	2.710.365,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.622.965,00	
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 - 8551 - QUIBDO	7.246,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	61.339,00	1,500%
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	**$4.020.680,00**	

SON: CUATRO MILLONES VEINTE MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrollaron actividades asociadas a conceptos generales sobre los residuos sólidos

Se realizó socializacion del programa de formación con empresa u organizaciones de la zona

Se realizó inducción con aprendices sobre la formación del programa

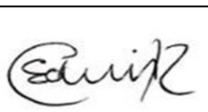
Se brindó asesoría a algunos aprendices sobre el tema de formación

Se identificaron algunos problemática asociada con el tema de formación en la zona para ampliar el conocimiento

Durante el mes trabaje con las fichas 3232530 - 3232551 - 3232582 - 3232586

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



EDUIN MARQUEZ BLANDON
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.



WILBER GIOVANNY QUEZADA HERRERA
INSTRUCTOR G12

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

JHON DERLYNG CARDONA DELGADO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

22/05/25 16:29:42 USUARIO: SIC - C.C. 11804363

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11804363		MARQUEZ BLANDON EDUIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO YESQUITA	QUIBDO-CHOCO	1236547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	85574782	9485974783	1	2025/05/15	2325/05/13	BANCO AV VILLAS	0	$82,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	11804363	MARQUEZ EDUIN	25-14	6	$284,700	$45,600	EPS037	6	$284,700	$35,600		0	$0	$0	14-23	6	$284,700	$1,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$284,700**	**$45,600**			**$284,700**	**$35,600**			**$0**	**$0**			**$284,700**	**$1,500**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0		$0	$45,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$45,600	$0		$0	$45,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$0		$0	$1,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,500	$0		$0	$1,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,600	$0		$0	$35,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$35,600	$0		$0	$35,600
TOTAL				1	$82,700	$0		$0	$82,700

2025/05/14 08:16 AM

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141175086141

(415)7707212489984(8020) 000014117508614 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 8 0 4 3 6 3	1	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 8 0 4 3 6 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARQUEZ	BLANDON	EDUIN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CL 21 5 59

42. Correo electrónico: edwinmarquez29@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 2 0 3 1 0	8 2 9 9	2 0 1 0 0 1 0 1					

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
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARQUEZ BLANDON EDUIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDUIN MARQUEZ BLANDON identificado(a) con CC 11804363 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/01/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**FUNDACION SANTA SOFIA DE ASIS QUIBDO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes de mayo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

25-04-2025

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Marquez	Blandon	Eduin	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	C.D.	P.E.	P.T.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO	F	M
			X						11804363			X

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
		X				29	08	1976	Colombia	COL

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN | MS | RC | TI | CC | CE | SC | PA | CD | PE | PT

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
Quibdo	Choco	CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3127202250	edwinmarquez290@hotmail.com		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD									41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	N.I.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.E.	P.T.			
Eduin Marquez Blandon			X							11804363		

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD Y MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
B/ Yesquita	Quibdo	Choco	edwinmarquez290@hotmail.com

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
3127202250			25	04	2025	independiente		1423500

IX. FIRMAS

Eduin Marquez Blandon
61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

REINGRESOS
VIGILADO Supersalud
Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDUIN MARQUEZ BLANDON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11804363,** se encuentra afiliado/a desde **12/03/2004** 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 25 de abril 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



Dra. Tatiana Posada Zambrano
Su Salud en Buenas Manos

CONSULTORIO MEDICO DOCTORA TATIANA SOFIA POSADA ZAMBRANO
MEDICA ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
DIPLOMADO EN CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
NIT. 39049753-1

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.:	**402703**	**Fecha y hora:**	29/03/2025 13:24:45
Fecha y hora del Exámen:	28/3/2025 09:40:00 (-05)	**Lugar del Exámen:**	QUIBDÓ
Tipo certificado:	Ingreso	**Énfasis en:**	Ostemuscular
Nombre Completo:	EDUIN MARQUEZ BLANDON	**Email:**	edwinmarquez29@hotmail.com
Tipo Documento:	CC	**No. de Identificacion:**	11804363
Genero:	Masculino	**Fecha de Nacimiento:**	29/8/1976 (48 años de edad)
Empresa:	SENA CHOCÓ	**Cargo:**	INSTRUCTOR AMBIENTAL
Lateralidad:	Diestro		

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico:	Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal	**¿Se recomienda Valoracion por la EPS?:**	SI
Limitaciones o Restricciones:	ninguno	**Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:**	SI
Recomendaciones médicas laborales:	Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo, Dieta hipocalorica y ejercicio regular de acuerdo a su estado fisico	**Recomendaciones médica para el área del trabajo:**	Uso de señales y normas de bioseguridad
Valoracion por Especialista(s):	1. medicina interna 2. nutricionista	**Recomendacion a la Patologia preexistente:**	1. uso de gafas 2. continuar tratamiento de patología de base
Observaciones:	• glicemia: normal • perfil lipídico: normal • optometría: anormal • audiometría: normal • exámen de la voz: normal		

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:
Glicemia, Colesterol, Trigliceridos, HDL, LDL, Optometria, Audiometria

---

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Tatiana S. Posada Zambrano
Medica Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional: 27-129
Fundación Universitaria del Área Andina

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

CERTIFICA

Que, **EDWIN MARQUEZ BLANDON** identificado con C.C. No. **11.804.636,** cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2025-000017 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General.

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE CONTRATACION	EXAMENES PRE-EMPLEO	CUMPLE
11.804.636	**EDWIN MARQUEZ BLANDON**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	SI	SI

La presente certificación se expide en la ciudad de Quibdó, el 13 mayo de 2025, con vigencia hasta el 31/12/2027

FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO
Médico SST