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 GUAJIRA**

**CENTRO INDUSTRIAL Y DE NERGÍA ALTERNATIVAS**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **44** |
| **Código Centro** | **922210** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **52547-636607** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MONICA LILIANA MAGDANIEL AMAYA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 40.925.495 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | momagdaniel@hotmail.com | **Número de Cuenta:** | 95728887002 |
| **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:** | 7758324/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **66725** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales de carácter temporal de Artesanos Técnicos Tecnólogos y/o Profesionales que se desempeñen como instructores en los programas de Formación en las diferentes modalidades de la Programación Regular ejecutando horas directas a formación y otras actividades relacionadas con la ejecución de la Formación Profesional Integral del Centro Industrial y de |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **22/04/2025** | **Al** | **30/04/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 32.196.577 |
| **Número de pago** | **1** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 32.196.577 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 1.533.170,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 30.663.407 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.533.170 | 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** | **$ 1.533.170** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 724.553** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **00** |
| **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 | I | $ 7.500 | $ 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 | | $ 153.317 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 26.227.473 | $ 242.000 | |
| 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 | 724.553,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.127.370,00 | |
| 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 - 8299 | 0,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | 0,300% |
| Estampilla Prouniversidad de la Gua | 30.663,00 | 2,000% |
| Estampilla Prodesarrollo Fronterizo | 7.666,00 | 0,500% |
| Estampilla Prodesarrollo Dptal | 30.663,00 | 2,000% |
| Estampilla Pro-Cultura | 22.998,00 | 1,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.441.180,00** | |

**SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EN EL MES OBJETO DE COBRO SE EJECUTÓ LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

SOCIALIZACION A JOVENES DEL BARRIO VILLA FATIMA

SOCIALIZACION A JOVENES DEL BARRIO HUGO ZUÑIGA

INDUCCION

ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL GC/GF JUNTO A LAS ACTIVIDADES EVIDENCIADAS EN FICHAS ASIGNADAS

**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



**MONICA LILIANA MAGDANIEL AMAYA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

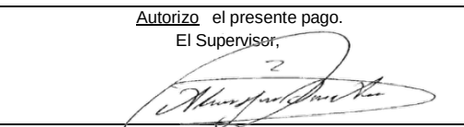
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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,



**ALEJANDRO JESUS OSORIO AMAYA**
**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**

**CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

15/05/25 08:46:20 USUARIO: SIC - C.C. 40925495

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## 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 **Monica Liliana Magdaniel Amaya** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **40925495,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 40925495 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Monica Liliana Magdaniel Amaya |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 25/09/1972 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 Tiene El Servicio Suspendido |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/09/2024 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 27/02/2025 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

*CEDULA DE CIUDADANIA 40925495 Trabajador Independiente Desde 28/03/2025 - Vigente

Generado por manuel.correa 20/05/2025

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, MONICA LILIANA MAGDANIEL AMAYA identificado con CC No. 40925495, registra la siguiente información.**

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | **Fecha de inicio de cobertura:** 24/04/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 22/04/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 20/11/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

**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): 202501015213382.**

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

**Cordialmente,**

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

# Certificación
Bancaria

Lunes, 19 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MONICA LILIANA MAGDANIEL AMAYA identificado(a) con CC 40925495, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 95728887002 | 2014-08-05 | ACTIVO | ***** |

*__Importante:__ Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicita a sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

**Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a MONICA LILIANA MAGDANIEL AMAYA identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 40925495, se encuentra afiliado/a desde 01/01/2016 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 18 de mayo 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**

7. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141166919371

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 0 9 2 5 4 9 5 | 6. DV: 8 | 12. Dirección seccional: 2 5 | 14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 0 9 2 5 4 9 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MAGDANIEL | AMAYA | MONICA | LILIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| MONICA MAGDANIEL | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

41. Dirección principal: URB VILLACOMFAMILIAR B L 4 IN 4 98

43. Correo electrónico: momagdaniel@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 6 2 1 7 9 7 1 | |

## 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 |
| 8 5 4 4 | 2 0 2 4 0 1 0 3 | 8 5 6 0 | 2 0 2 3 0 1 0 4 | | | | |

## 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

| Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 65. Forma | 66. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 67. Mcio | | | |
| | | 68. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

69. Renovo: SI [ ] NO [X] | 70. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y reactivación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de comprobar 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 de 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

86A. Nombre: MAGDANIEL AMAYA MONICA LILIANA

86B. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-03-2025 04:41:50PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO