



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-CHOCÓ

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

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Junio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	67174-374304

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	SAHIK FERNANDO FERNANDO DIAZ CORDOBA C	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	98.638.593	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	sf Diaz@sena.edu.co	Número de Cuenta:	440312353
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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7770234/2025	Nº Compromiso SIIF	45925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS-PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES, EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LA FUNCIÓN PRODUCTIVA O ÁREA CLAVE MÚS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	06/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.229.700
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 8.229.700
Valor Bruto Pago:	\$ 4.195.533,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.034.167

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.195.533	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.195.533</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.466.780</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	4608370893/460	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.466.780,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.678.213	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	3.717.133,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 209.800	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 268.600	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 8.800	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8551 - QUIBDO	7.434,00	0,200%
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	\$ -		Pro Utch	62.933,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 419.553		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 822.000		0,00	
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	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.125.166,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Se recibe capacitación o inducción por parte de la líder Neysa Hinestroza sobre las actividades a realizar
Se realiza sensibilización e inducción con los participantes de manera virtual.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**  
 1. Cumpli 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

**SAHIK FERNANDO FERNANDO DIAZ CORDOBA CORDOBA**  
 EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 periodo 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,  
**MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN**  
 PROFESIONAL G02

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

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	98638593	NÚMERO PLANILLA:	<b>4608370893</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA	DEPARTAMENTO:	CHOCO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	TELÉFONO:	6713068	DÍAS DE MORA:	22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992998046
DIRECCIÓN:	CLL 29 4 18	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/13		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.300	\$ 0	\$ 227.800	\$ 3.300	\$ 0	\$ 231.100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 227.800</b>	<b>\$ 3.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 231.100</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 2.600	\$ 0	\$ 178.000	\$ 2.600	\$ 0	\$ 180.600
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 178.000</b>	<b>\$ 2.600</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 180.600</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 7.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 7.500</b>	<b>\$ 200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 7.700</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES														
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 98638593	DIAZ CORDOBA SAHIK FERNANDO	INDEPENDIENTE	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 98638593	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 419.400**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	98638593	NÚMERO PLANILLA:	<b>4608896909</b>	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA	DEPARTAMENTO:	CHOCO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	TELÉFONO:	6713068	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993045456
DIRECCIÓN:	CLL 29 4 18	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/18	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/06/13
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4608372136		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 82.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 82.100	\$ 0	\$ 0	\$ 82.100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 82.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 82.100</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 64.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 64.100	\$ 0	\$ 0	\$ 64.100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 64.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 64.100</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.700	\$ 0	\$ 0	\$ 2.700	\$ 0	\$ 0	\$ 2.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 2.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 2.700</b>

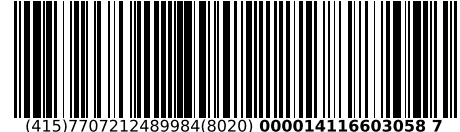
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														PENSIÓN														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	PARAFISCALES																							
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD																EMPLEADOR	EMPLEADO	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE				
1	CC 98638593	DIAZ CORDOBA SAHIK FERNANDO	INDEPENDIENTE		\$ 1.423.500				NO					A											25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 98638593	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																
2	CC 98638593	DIAZ CORDOBA SAHIK FERNANDO	INDEPENDIENTE		\$ 1.936.400			NO						C											25-14 COLPENSIONES	30	1.936.400	\$ 309.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 309.900	EPS037-NUEVA EPS	30	1.936.400	\$ 242.100	\$ 0	\$ 242.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.936.400	\$ 98638593	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	
3	CC 98638593	DIAZ CORDOBA SAHIK FERNANDO	INDEPENDIENTE		\$ 1.936.400			NO						R											25-14 COLPENSIONES	0	\$ 512.900	\$ 82.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 82.100	EPS037-NUEVA EPS	0	\$ 512.900	\$ 64.100	\$ 0	\$ 64.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 512.900	\$ 98638593	\$ 2.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	

**TOTAL PAGADO: \$ 148.900**

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141166030587



(415)7707212489984(8020) 000014116603058 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 4 9 4 9 9 4

1

Impuestos y Aduanas de Palmira

1 5

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

Persona jurídica

1

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

CENTRO AGRICOLA SANTA HELENA SAS

36. Nombre comercial

CENTRO AGRICOLA SANTA HELENA

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

El Cerrito

2 4 8

41. Dirección principal

CL 5 3 66 CORR SANTA ELENA

42. Correo electrónico

claudiacontadora119@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 6 4 9 1 1 6 4 5

45. Teléfono 2

## 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

4 6 2 0

2 0 1 1, 1 2, 2 9

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 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 

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 MOTTA SOLANO EDUARDO

985. Cargo Representante legal Certificado



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA identificado(a) con CC 98638593 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 13 días del mes de junio 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **98638593**, se encuentra afiliado/a desde **06/12/2011** 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 13 de junio 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.



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 6 de Mayo 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:

TI	1078463139	ela alianys diaz moreno	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,

SAHIK FERNANDO FERNANDO DIAZ CORDOBA CORDOBA  
C.C. 98638593

17.0 DIC 2014



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

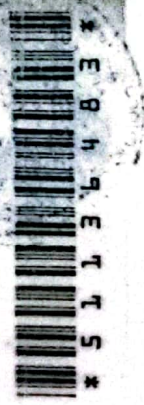
1078463139

NUIP 1078463139

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

51136483



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura <input type="checkbox"/>	Notaria <input checked="" type="checkbox"/>	Número 02	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código KH
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -						

Datos del inscrito

Primer Apellido DIAZ		Segundo Apellido MORENO				
Nombre(s) ELA ALIANYS						
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH
Año 2011	Mes NOV	Día 03	Femenino			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

10800541-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MORENO MORENO ODALYS	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 1077420467 De QUIBDO	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos DIAZ-CORDOBA SAHIK FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 98638593 De ITAGUI	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos DIAZ CORDOBA SAHIK FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C # 98638593 DE ITAGUI	Firma 

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número) # XXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número) # XXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Firma

Fecha de inscripción	
Año 2011	Mes NOV
Día 09	

Nombre y firma del funcionario que autoriza  
ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO  
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento  
ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO  
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

---



---



---



---





## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

### CERTIFICA

Que, **SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA**, identificado con C.C. No. **98.638.593**, 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 Secretaría General

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE CONTRATACION	EXAMENES PRE-EMPLEO	CUMPLE
<b>98.638.593</b>	<b>SAHIK FERNANDO DIAZ CORDOBA</b>	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	SI	SI

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

**FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO**

Médico SST

Despacho Dirección/ Regional Chocó  
Dirección cra 1 28- 71, Quibdó. - PBX 57 6046723800