



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 NORTE DE SANTANDER

CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO

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

| | |
|-------------------|---------------|
| Código Regional | 54 |
| Código Centro | 911910 |
| Fecha Elaboración | Junio de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 58366-471762 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|----------------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 27.604.333 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | sjgonzalezs@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 83219155967 |
| 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 | 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 | | | 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: | 7974973/2025 | Nº Compromiso SIIF | 136125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 7 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | 54_9119_644 Prestar los servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que programe el centro de formación en la red de conocimiento CLIENTE - LOGÍSTICA Y TRANSPORTE en sus diferentes niveles y modalidades. | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 12/06/2025 | Al | 30/06/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 29.896.820 |
| Número de pago | 1 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 29.896.820 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 2.913.023,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 26.983.797 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 2.913.023 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 2.913.023 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 1.656.421 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

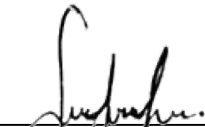
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Junio | Mayo | | | |
|--|---------------|------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 4607180241 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 1.656.421,00 | TARIFA |
| 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 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 227.800 | \$ 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 | \$ 7.500 | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | | Estampilla Departamental | 58.260,00 | 2,000% |
| 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 | \$ 291.302 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 22.949.039 | \$ 552.000 | | 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 | \$ | | VALOR A PAGAR | \$2.854.763,00 | |

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|---|
| Impartir Formación profesional integral en los siguientes programas, registro soportado en Sofía Plus |
| Ficha 3263669 - TN Compras y Abastecimiento en el municipio de Ocaña - 32 Horas |
| DESARROLLO CURRICULAR - 56 Horas |
| Total Horas: 88 Horas |

| | |
|--|---|
| 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 |  SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA EL CONTRATISTA |

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

| | |
|--|---|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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. | DARWIN ALEXIS CELIS BOADA 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
JOSE EFREN FAJARDO MONTAÑA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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: | 27604333 | NÚMERO PLANILLA: | 4607180241 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | CUCUTA | DEPARTAMENTO: | SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CLL 14AN #4A-70 PORTACHUELO | TELÉFONO: | NORTE DE SANTANDER | DÍAS DE MORA: | mayo AÑO 2025 | | mayo AÑO 2025 |
| DIRECCIÓN: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 5555555 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/06/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9992887269 |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | I-INDEPENDIENTE | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| 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 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 227.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 227.800 |

| 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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 178.000 | |

| 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 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 7.500 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 7.500 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|-----------|------------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|---------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|---|--------------|-----------|-------------|----------|----------|------|-------------------|--------------|----------|------|-------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | 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 | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | ARP | | | | CCF | | | | | SEN | ICBF | ESAP | MINEDU | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 27604333 | GONZALEZ SIERRA SORANGEL JOHANNA | INDEPENDIENTE | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | \$ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 1.423.500 | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 227.800 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | 1.423.500 | \$ 178.000 | \$ 0 | \$ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 1.423.500 | \$ 27604333 | \$ 7.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | | |

TOTAL PAGADO: \$ 413.300



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 **Sorangel Johanna Gonzalez Sierra**, identificado(a) con **CC** número **27604333**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 27604333 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Sorangel Johanna Gonzalez Sierra |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 16/05/1982 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 22/09/2017 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 163 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 22/09/2017 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 27604333 SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA Desde 01/04/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 27604333 Trabajador Independiente Desde 10/06/2025 Hasta 10/06/2025 CEDULA DE CIUDADANIA 27604333 SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA Desde 01/02/2023 Hasta 31/03/2025

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | RC 1092014194 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Miguel Angel Pabon Gonzalez |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| PARENTESCO | Hijo(A) |
| FECHA DE NACIMIENTO | 16/05/2018 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 16/06/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 131 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 16/06/2018 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |

Generado por interfaces

10/06/2025

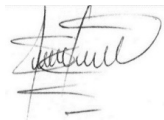
ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **27604333**, se encuentra afiliado/a desde **29/05/2007** 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 04 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.

San José de Cúcuta, 25 de junio de 2025.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

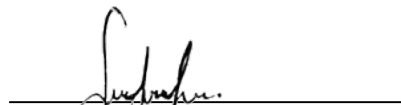
La Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo:

- a. Durante el año gravable 2024, el 80% o más de mis ingresos brutos sí provinieron de la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
- b. Durante el año gravable 2024, el 80% o más de mis ingresos brutos no provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
- c. Por el año gravable 2024, soy una persona natural que no quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
- d. Por el año gravable 2024, soy una persona natural que no obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$ 69.718.600).
- e. Por el año gravable 2024, no desarrollé una de las actividades señaladas en el [artículo 340 del Estatuto Tributario](#) y si la desarrollé no representó más de veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
- f. Por el año gravable 2024, no presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en San José de Cúcuta a los 24 días del mes de junio de 2025.



SORANGEL JOHANNA

GONZALEZ SIERRA

C.C. 27.604.333 de

Cúcuta



Hace constar:

Que el Sr(a) SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27604333 realizó el día 17/06/2025 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 SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27604333 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 -



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CUCUTA, 12 de Junio del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CUCUTA

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 | 1092014194 | Miguel Angel Pabon González | Hijo(a) |
|----|------------|-----------------------------|---------|

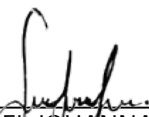
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,


SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA
C.C. 27604333



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59369491

NUIP 1092014194



| | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|--|--|---|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina | | | | | | |
| Registraduría <input type="checkbox"/> | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número <input type="text" value="02"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código <input type="text" value="N4C"/> |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía | | | | | | |
| COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA | | | | | | |

| | |
|---|-------------------------------|
| Datos del inscrito | |
| Primer Apellido PABON | Segundo Apellido GONZALEZ |
| Nombre(s) MIGUEL ANGEL | |
| Fecha de nacimiento Año <input type="text" value="2018"/> Mes <input type="text" value="MAY"/> Día <input type="text" value="16"/> | Sexo (en letras) Masculino |
| Grupo sanguíneo O | |
| Factor RH Positivo | |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) | |
| COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA | |

| | |
|---|---|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo 14554547-2 |
|---|---|

| | |
|---|----------------------------|
| 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 GONZALEZ SIERRA SORANGEL JOHANNA | |
| Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.27604333 | Nacionalidad COLOMBIANA |

| | |
|--|----------------------------|
| 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 PABON LOPEZ RAFAEL | |
| Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.269.550 | Nacionalidad COLOMBIANO |

| | |
|--|------------------------------------|
| Datos del declarante | |
| Apellidos y nombres completos PABON LOPEZ RAFAEL | |
| Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.269.550 | Firma <i>Rafael Pabon Lopez</i> |

| | |
|--|--|
| 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 <input type="text" value="2018"/> Mes <input type="text" value="JUN"/> Día <input type="text" value="05"/> | Nombre y firma del funcionario que autoriza JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Reconocimiento paterno <i>Rafael Pabon Lopez</i> Firma | Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN |
|--|---|

| | |
|--|-----------------------------------|
| NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA REGISTRO CIVIL | Fecha: 5/6/2018 Hora: 15:10:01 |
| Que la presente fotocopia es fiel y exacta reproducción de su original, que se halla inscrito en el libro o serial, cuyos datos se consignan a continuación. | |
| Serial: 59369491 | Año: 2018 |
| Válido para: Trámites Legales | |
| JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN NOTARIO SEGUNDO | |



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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, **SORANGEL JOHANNA GONZALEZ SIERRA** identificado con **CC No. 27604333**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|--|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034 | Fecha de inicio de cobertura: 13/06/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 12/06/2025 Fecha fin de Contrato: 25/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 5 |

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): 202501016254918.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS