

 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	76
REGIONAL VALLE CENTRO DE LA CONSRTRUCIÓN-VALLE		Código Centro	922810
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Fecha Elaboración	Julio de 2025
		Versión	ENERO - 2.25
		ID de Proceso	78093-053958
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	SIHOMARA MARQUEZ ARBOLEDA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.618.011	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	xmarquez76515@gmail.com	Número de Cuenta:	00103261236
IP/Nº de contacto:	3013688067	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:	7419742/2025	Nº Compromiso SIIIF	27825
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE PEDAGOGÍA - COMUNICACIÓN EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/07/2025	Al	19/07/2025
Número de pago	6	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 2.913,024
Valor Bruto Pago:	\$ 2.913.024,00	Valor Total del Contrato:	\$ 24.377.409
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.913,024	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	\$ 2.913,024	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.874.724	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	7973903556	Base retención en la fuente a título de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 230.000	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL	\$ 7.500	\$ 9.700	Menos Retención IVA
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8299
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	0,00 0,00%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	0,00 0,00%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Universidad del Pacífico
Dependientes hasta	\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones
Renta Exenta 25%	\$ 19.670.605	\$ 625.000	Otras Retenciones
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.000,000	\$ -	0,00 0,00%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)
			VALOR A PAGAR
			\$2.898.459,00
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Formación Ficha: 3147649 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Formación Ficha: 3140808 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Formación Ficha: 3050819 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Formación Ficha: 3067970 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Formación Ficha: 3145331 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Formación Ficha: 2993998 Competencia: Promover. Resultado de Aprendizaje: Comunicación Programa: Seguridad y Salud en el Trabajo			
Participación en las jornadas de Desarrollo Curricular			
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		SIHOMARA MARQUEZ ARBOLEDA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		BLANCA IMELDA MUÑOZ GALMS PROFESIONAL G03	
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.			
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 BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43618011
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SIHOMARA MARQUEZ ARBOLEDA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 66 N 1 - 109 APTO 302 TELÉFONO: 3166238		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación media técnica y de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7973903556	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1611590834

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

												TOTALES	
												COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA													
NIT	CÓDIGO	NOMBRE											
8002297390	230201	230201- PROTECCION										1	\$ 295.400
SUBTOTAL:												1	\$ 295.400

SALUD

ADMINISTRADORA													
NIT	CÓDIGO	NOMBRE											
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD										1	\$ 230.800
SUBTOTAL:												1	\$ 230.800

CAJA DE COMPENSACIÓN

ADMINISTRADORA													
NIT	CÓDIGO	NOMBRE											
8903032085	CCF57	CCF57-COMFANDI										1	\$ 11.200
SUBTOTAL:												1	\$ 11.200

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA													
NIT	CÓDIGO	NOMBRE											
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.										1	\$ 9.800
SUBTOTAL:												1	\$ 9.800

VALOR SIN MORA:	\$ 545.200
VALOR MORA:	\$ 2.000
TOTAL PAGADO:	\$ 547.200



Versión: 05

Código: GTH-F-074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Silviana Márquez Amobaca IDENTIFICACIÓN: 43618011
 CIUDAD: Cali FECHA: 17/07/2025 REGIONAL: Valle
 DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: C. 19-Nº 7405 CENTRO DE LA CONSTRUCCION
 NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.7419742

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO CESIÓN LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		<u>Margarita M. López Díaz</u>	<u>[Firma]</u>
ALMACÉN E INVENTARIOS		<u>JUAN VARGAS</u>	<u>JUAN VARGAS</u>
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)			
CONTABILIDAD			
TESORERÍA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA		<u>MIGUEL CARO M.</u>	<u>[Firma]</u>
BIBLIOTECA		<u>Lorena Barrera C</u>	<u>[Firma]</u>
OTRO		<u>Carlos Iván Zuloaga</u>	<u>[Firma]</u>
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO			<u>[Firma]</u>

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS:

Firma del Contratista