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 CÓRDOBA**

**CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **23** |
| **Código Centro** | **952310** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **58361-403134** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CARMENZA SAUDITH SARMIENTO ESPITIA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 34.982.690 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | carmenza_2706@hotmail.com | **Número de Cuenta:** | 16662556452 |
| **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?** | SI |
| **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:** | 7387873/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **8125** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN DEL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CORDOBA. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2025** | **Al** | **31/08/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 18.398.044 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.461.939 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 13.798.533 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | 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** | **$ 4.599.511** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.269.811** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4612639899** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 9.700 | $ 9.700 |
| 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% | $32.784.341 | $ 1.090.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.170.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.269.811,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.369.511,00 | |
| 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 - MONTERIA | 8.739,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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) | 635.202,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.955.570,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ARTICULACION CON LA MEDIA

Se socializa el proceso de etapa práctica en proyecto productivo de las fichas 2932587 De la I.E General Santander y la ficha 2932558

Se imparte formación de la competencia Vender productos y servicios de acuerdo con las necesidades del cliente y objetivos comerciales

Se carga la Cuenta de cobro a Secop II con todos los soportes correspondientes al mes de agosto de 2025.

**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



**CARMENZA SAUDITH SARMIENTO ESPITIA**
**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 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,

**LEOVI FERNANDO HOYOS MILLAN**
**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**
**JORGE ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERRA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

12/08/25 19:13:51 USUARIO: SIC - C.C. 34982690

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 34982690 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | CARMENZA SAUDITH SARMIENTO ESPITIA | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | DG50 #854 B/VILLA DEL RIO | TELÉFONO: | 7851004 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4612639899** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/08/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9993571499 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 230.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 230.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 239.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 239.700** |

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| N. OS: 9598754525 | DV: 225976 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUDO |
| Fecha: | 06/08/2025 10:55:47 |
| PAP: | 996490 |
| Identificacion: | 34982690 |
| Nombre: | CARMESA |
| Apellido 1: | SARMIENTO |
| Apellido 2: | DDD |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 5555555555 |
| Codigo Planilla: | 4612639899 |
| Periodo Pago: | 2025/07 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |
| Referencia: 34982690 | Valor: $239.700,00 |

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.

servicioalcliente@efecty.com.co.

www.efecty.com.co

**Protección**

Bogotá, 18 de octubre de 2019

Señor(a):
CARMENZA SAUDITH SARMIENTO ESPITIA
CC 34982690
CL 50A 14C 81 AP 306 TO 2 TORRES DE MONTEVERDE
Telefono 3107385806
MONTERÍA, CÓRDOBA

Reciba un cordial saludo,

En Protección estamos con usted para guiarlo en cada paso del camino hacia la materialización de sus metas.

Luego de realizar el análisis de su cuenta individual, reconocemos la prestación subsidiaria de Devolución de Saldos como respuesta al trámite que usted adelantó con nosotros; esta definición se da luego de considerar la comunicación donde usted manifiesta la imposibilidad de seguir cotizando para completar el capital necesario para financiar una pensión o para llegar a cumplir el número de semanas para adquirir el derecho a una Garantía de Pensión mínima.

| | | |
|---|---|---|
| Semanas cotizadas | 639.71 | Cotizadas al Sistema de Seguridad Social en Pensión |
| Saldo Cuenta Individual a reintegrar | $19,707,647.00 | 18-oct-2019 |

El valor de esta devolución podrá variar de acuerdo a la rentabilidad que se presente en el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago. No obstante, lo invitamos a mantener su saldo en la cuenta individual de ahorro pensional y a continuar cotizando para acceder a la Garantía de Pensión Mínima reglamentada por el artículo 65 de la Ley 100 de 1993 y artículo 3 del Decreto 832 de 1996, cumpliendo los requisitos establecidos en esta normatividad para tal efecto, que en su caso particular corresponde a 510.28 semanas adicionales.

Tenga en cuenta que si en la actualidad usted tiene una relación laboral activa, informaremos del reconocimiento de ésta prestación a su empleador.

En caso de encontrarse en desacuerdo con la presente Notificación, usted cuenta con la posibilidad de presentar solicitud de reconsideración, teniendo en cuenta que esta Administradora de Pensiones y Cesantías es de naturaleza privada.

Protección

Le agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo y guiándolo en su camino.

Con el fin de proceder con la devolución de los saldos, usted deberá acercarse a la oficina de Servicio de Protección más cercana, únicamente en el horario de la mañana para que procedan con la devolución, por el medio de pago que usted selecciono al momento de entregar la solicitud o podrá solicitar que le trasladen su dinero a una cuenta en Pensión Voluntaria.

Cordialmente,

**MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS**
Director de Entrega de Servicio
Analizo: MADVANCE

# Historia Laboral

**Protección**

Fecha de generación: 25/02/2020

Nombre del afiliado: **Carmenza Saudith Sarmiento Espitia** | Identificación: **CC . 34982690**



Aquí encontrarás el registro de las semanas cotizadas a tu pensión, de acuerdo a los trabajos que has tenido hasta la fecha. Información de tus empleadores, salario que devengabas y el valor de los aportes a tu ahorro pensional. **Es indispensable que esta información cuente con tu aprobación.**



Aprueba los periodos de cotización que estén correctos, y confirma que no laboraste en los que no tienes cotización y si por el contrario encuentras datos faltantes, repórtalos en **www.proteccion.com.co o con la ayuda de nuestros asesores en la línea de servicio.**

## Semanas cotizadas

| SEMANAS OTRO RÉGIMEN [1] | | SEMANAS PROTECCIÓN | | TOTAL SEMANAS COTIZADAS |
|---|---|---|---|---|
| 90.0 | + | 456.0<br>Saldo cuenta individual [2]<br>**$0** | = | 546.0<br>Total semanas cotizadas en los últimos 3 años [3]<br>**90.0** |

**Total Semanas cotizadas:** 546.0

Semanas para alcanzar una garantía de pensión mínima: 1.150

**Semanas aprobadas por ti:** 75.06%

Para solicitar tu pensión, es necesario que apruebes tanto las semanas cotizadas como las no laboradas, que registran en tu historia laboral.

**Edad:** 57

Edad mínima en mujeres para alcanzar una garantía de pensión mínima: 57 años.

**Semanas en revisión por parte de Protección:**

**433.29** semanas

Las semanas reportadas serán notificadas cuando Protección haya validado la información.

1. Corresponde a los aportes a pensión que el afiliado y su empleador realizaron a una administradora del régimen de prima media como el Instituto de Seguro Social (ahora colpensiones), cajas o fondos del sector público, antes de trasladarse a una administradora de fondos privados de pensiones como Protección. Este dinero hará parte del capital con el que se pagaría la pensión. Recuerde que esta información puede ser actualizada constantemente por los empleadores y las entidades a las cuales usted o su empleador realizaron los aportes y por lo tanto puede presentar variaciones con respecto a los datos informados a la fecha.

2. El saldo de la cuenta individual es la suma de los aportes a pensión del afiliado, el empleador y los rendimientos de estos en el régimen de ahorro individual, a la fecha de generación de este informe.

3. Si has cotizado mínimo 50 semanas en los últimos 3 años antes de la fecha de siniestro y cumples con los requisitos legales establecidos para la pensión, puedes acceder a una pensión de invalidez o sobrevivencia. Ten presente que esta información no acredita el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la ley para acceder a la prestación.



**Información de Interés**

Las semanas y valores aquí reflejados son de carácter informativo y son actualizadas constantemente debido a nuevos reportes o ajustes. No acreditan el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la ley para el tipo de prestación solicitada.

**Periodo registrado de Historia Laboral**

**Primera cotización:** 1993/06 **Ultima cotización:** 2019/08

## 1980

**BANCOLOMBIA** 909039388

| Mes | Ingreso base de cotización | Valor cotización obligatoria | Días cotizados | Origen de la información | Estado | Aprobar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1980/07 | --- | --- | 3 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1980/08 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1980/09 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1980/10 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1980/11 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1980/12 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |

## 1981

**BANCOLOMBIA** 909039388

| Mes | Ingreso base de cotización | Valor cotización obligatoria | Días cotizados | Origen de la información | Estado | Aprobar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1981/01 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/02 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/03 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/04 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/05 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/06 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/07 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/08 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/09 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/10 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/11 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |
| 1981/12 | --- | --- | 30 | Otro Régimen | En revisión | --- |

## 1982

**BANCOLOMBIA** 909039388

| Mes | Ingreso base de cotización | Valor cotización obligatoria | Días cotizados | Origen de la información | Estado | Aprobar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1982/01 | --- | --- | 28 | Otro Régimen | En revisión | --- |

## 1987