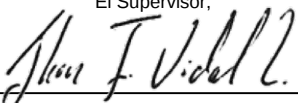


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	912610
	CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE		Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
			ID de Proceso	67675-406683
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: GINA PAOLA ZAMORA LOZANO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 1.111.787.811		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: ginazamora0713@gmail.com		Número de Cuenta: 73600000402		
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?				
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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 7468891/2025		Nº Compromiso SIIF 11725		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA VIGENCIA 2025		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/11/2025 Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.205.901
Número de pago 10		Valor Total del Contrato:		\$ 45.995.110
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.606.390
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 \$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.704.460,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	4630090764	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.075.111,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8551 - BUENAVENTURA 16.300,00 0,400%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
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		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 459.951		Pro-UCEVA 22.998,00 0,500%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Universidad del Pacífico 0,00 0,500%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775	\$ 901.000	Pro-Hospital 0,00 1,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.553.000				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				Otras Retenciones 0,00 0,000%
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.560.213,00
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación integral virtual fichas 3070476, 3096438, 2977670. del programa coordinación de procesos logísticos.				
Asistir a las reuniones programadas por coordinación académica socialización etapa productiva y comité de evaluación y seguimiento				
Calificar evidencias plataforma zajuna.				
Reunión con equipo ejecutor para seguimiento de las fichas.				
Calificar los juicios en Sofia Plus.				
Brindar asesoría a los aprendices para mejorar su rendimiento en la formación.				
Realizar seguimiento etapa productiva ficha 2878754.				
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				
		GINA PAOLA ZAMORA LOZANO 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;		JHON FELIPE VIDAL LOPEZ INSTRUCTOR G12		
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 MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1111787811
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	GINA PAOLA ZAMORA LOZANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 4TA NO.60A/06 EL TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4630090764	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:
DÍAS DE MORA:	5	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9994658513

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 295.400
SUBTOTAL:			1	\$ 295.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 230.800
SUBTOTAL:			1	\$ 230.800
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:	\$ 534.100
VALOR MORA:	\$ 1.900
TOTAL PAGADO:	\$ 536.000

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:	1111787811	NÚMERO PLANILLA:	4630090764	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 4TA NO.60A/06 EL CARMEN	TELÉFONO:	1234567	DÍAS DE MORA:	5		2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994658513
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:	UNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Buenaventura, 17 de noviembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

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:

NUIP - NIP	1109569084	EMILIANO GONZALEZ ZAMORA	HIJO
-------------------	-------------------	---------------------------------	-------------

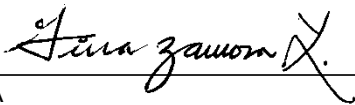
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,


FIRMA

Nombre: GINA PAOLA ZAMORA LOZANO

C.C. 1. 111.787.811



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60711062

NUIP

1109569084

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T 9 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 4 CALI * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ * * * * * Segundo Apellido ZAMORA * * * * *
Nombre(s) EMILIANO * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 9 Mes D I C Día 2 0 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *
Número certificado de nacido vivo 15786002-0 * * * *

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)
Apellido y nombres completos ZAMORA LOZANO GINA PAOLA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 111187811 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

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)
Apellido y nombres completos GONZALEZ CAICEDO HENRY ERNESTO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1144025677 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante
Apellido y nombres completos GONZALEZ CAICEDO HENRY ERNESTO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1144025677 * * * * * Firma

Datos primer testigo
Apellido y nombres completos * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) * * * * * Firma

Datos segundo testigo
Apellido y nombres completos * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) * * * * * Firma

Fecha de Inscripción Año 2 0 1 9 Mes D I C Día 2 3

Nombre y firma del funcionario que autoriza HECTOR MARIO GARCES PADILLA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -