



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 CAUCA  
CENTRO INDUSTRIAL-CAUCA

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

Código Regional	19
Código Centro	922110
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	77932-835324

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	34.330.233	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	caesanchez@sena.edu.co	Número de Cuenta:	26100025654
IP/Nº de contacto:	3134962141	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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	8530578/2025	Nº Compromiso SIIF	941025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE TIPO ADMINISTRATIVO EN LA SUBDIRECCION DEL CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCION INDUSTRIAL, GARANTIZANDO CADA UNO DE LOS TRAMITES DE ESA DEPENDENCIA.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	04/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 6.600.000
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 6.600.000
Valor Bruto Pago:	\$ 3.300.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.300.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.300.000	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>\$ 3.300.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.164.700</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.164.700,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	34981150	Base retención en la fuente a título de ICA	3.300.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Reteica - 8299 - POPAYAN	6.600,00	0,200%
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	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 722.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.293.400,00</b>	

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE**

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

Orientar y suministrar información a los clientes internos y externos, apoyando el desarrollo y ejecución de las actividades del área
Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato
Gestionar la agenda del Subdirector de acuerdo a los compromisos internos y externo
Apoyar la revisión de las diferentes comunicaciones tanto electrónicas como físicas que ingresen y sean despachadas por el Centro
Realizar el acompañamiento a los diferentes comités de la Subdirección
Apoyar reuniones institucionales del Despacho en los diferentes niveles para su eficiente realización,
Apoyo en la gestión de las diferentes plataformas en las cuales tiene usuario la subdirección del Centro.
Apoyar y gestionar la recepción de documentos para firma y tramite de firma electrónica.
Apoyar en el control del presupuesto de horas extras y recargos nocturnos del Centro de Formación.

**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

**CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

Firmado digitalmente por  
MOSQUERA ERAZO DANIELA  
Versión de Adobe Acrobat:  
2025.001.20937

**DANIELA MOSQUERA ERAZO  
PROFESIONAL G03 (E)**

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  
DANIELA MOSQUERA ERAZO  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

RAZÓN SOCIAL :	CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE
IDENTIFICACIÓN:	CC-34330233
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-11
FECHA DE PAGO:	2025-11-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	34981150
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34981150
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 178.000	\$ 179.100
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 227.800	\$ 229.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 7.500	\$ 7.600
CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 28.500	\$ 28.700
<b>Total a pagar</b>					\$ 0	\$ 0	\$ 2.700	\$ 441.800	\$ 444.500

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/12/2025
----------------------------------	------------



## Comprobante en línea

20 Nov 2025 00:29:24

Pago PSE



**Pago exitoso**

CUS 1941876296

Comercio  
**ASOPAGOS**

Referencia 1  
**10.10.11.80**

Fecha  
**20 Nov 2025 00:29:24**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**34981150**

Referencia 3  
**34330233**

Descripción del pago  
**Pago de seguridad Social Integrado**

Valor del Pago  
**\$444.500**

Número de comprobante  
**TR0028186296**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 5654**



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE CC 34330233 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
<b>Nombres y apellidos o Razón Social</b>	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
<b>Tipo de documento de identificación</b>	NI	<b>Número de documento de identificación</b>	899999034
Datos del trabajador			
<b>Fecha de inicio cobertura</b>	2025-01-18	<b>Estado de afiliación</b>	<b>Activo</b>
<b>Clase de riesgo</b>	1	<b>Código Actividad Económica</b>	1855101
<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-11-01	<b>Fecha Fin del Contrato</b>	2025-12-31
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente	<b>Fecha de retiro</b>	

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del 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.

Cordialmente,

### Gerencia de afiliaciones y novedades

#### 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>

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaCol  PositivaSeguros



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**Carol Eliana Sanchez Chacue**

C.C 34.330.233

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 31 de octubre 2025

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761033568000



**CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017**

Certifico que el señor (a) contratista **SANCHEZ CHACUE CAROL ELIANA** identificación cedula de ciudadanía No **34330233** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
1855101	Administrativo	Contratistas Administrativos	Optometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si ( ) No ( X )

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

**VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA**  
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo  
Universidad del Cauca  
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 15 de mayo de 2025

GOR-F-012 V02



### Hace constar:

Que el Sr(a) CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34330233 realizó el día 20/11/2025 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 CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34330233 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 -



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**  
**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### **Hace constar:**

Que el Sr(a) CAROL ELIANA SANCHEZ CHACUE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34330233 el día 20/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

**Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA**