

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CHOCÓ DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		27	
			Código Centro		101027	
			Fecha Elaboración		Enero de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
		ID de Proceso		69126-966251		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		XIOMARA MARTINEZ GALVAN		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.049.628.424		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		martinezxiomara564@gmail.com		Número de Cuenta:		22177351508
IP/N° de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2025		NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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						
N° del contrato:		8884385/2026		N° Compromiso SIIF		2526
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATACION DE APOYOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTION-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		17/01/2026		Al		31/01/2026
Número de pago		1		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 57.868.000
Valor Bruto Pago:		\$ 2.683.733,00		Valor Total del Contrato:		\$ 57.868.000
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 55.184.267
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.683.733		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.683.733				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.631.433		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Enero		Diciembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		6004496582		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905		\$ 0		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.200		\$ 0		Reteica - 8551 - QUIBDO
		\$ -		\$ -		
		\$ -		\$ -		
		\$ -		\$ -		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		\$ -		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		\$ -		Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		\$ -		Pro Utch
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -		\$ -		Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 41.375.460		\$ 544.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$2.639.108,00
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se realizó una reunión y asistí de manera virtual, donde se nos compartieron las metas provisionales individuales y de la Regional Chocó						
Se realizó en la semana del 19 al 23 de enero, una inducción donde se tiene en cuenta todos los temas relacionados en las obligaciones						
se explico el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol (SIGA) y como los datos deben ser ingresados correctamente y buenas practicas						
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						
<div><div></div><div>XIOMARA MARTINEZ GALVAN EL CONTRATISTA</div></div>						
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.						
<div><div>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</div><div><div></div><div>Firmado digitalmente por Carmen Strella Arboleda Velásquez Fecha: 2026.01.27 16:23:38 -0500</div></div><div>CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ PROFESIONAL G02</div></div>						
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 CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ DIRECTORA REGIONAL (E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1049628424
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	XIOMARA MARTINEZ GALVAN	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ACANDI DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	ACANDI TELÉFONO:	9999999
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:	6004496582	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9542226

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 140.100
SUBTOTAL:			1	\$ 140.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 109.500
SUBTOTAL:			1	\$ 109.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.600
SUBTOTAL:			1	\$ 4.600

VALOR SIN MORA:	\$ 254.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 254.200



Comprobante en línea

Pago PSE

26 Ene 2026 12:21:30



Pago exitoso

CUS 9542226

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
26 Ene 2026 12:21:30

Referencia 2
CC

Número de factura
6004496582

Referencia 3
1049628424

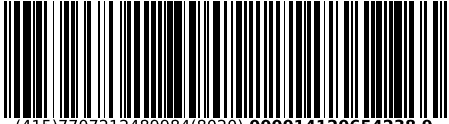
Descripción del pago
**Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago
\$254.200

Número de comprobante
TR1220162226

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1508**

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141206542389			
				 (415)7707212489984(8020) 000014120654238 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 4 9 6 2 8 4 2 4		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Quibdó		14. Buzón electrónico 1 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 4 9 6 2 8 4 2 4			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Boyacá 1 5		30. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1			
31. Primer apellido MARTINEZ		32. Segundo apellido GALVAN		33. Primer nombre XIOMARA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Chocó 2 7		40. Ciudad/Municipio Acandí 0 0 6			
41. Dirección principal CL QUIBDO 11 2 9							
42. Correo electrónico xiomisita-1991@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 0 2 8 4 9 2 2 2		45. Teléfono 2 3 2 0 2 7 2 8 6 6 6			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Ocupación					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 2 9 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 7, 1 2, 0 4		48. Código 4 9 1 1		49. Fecha inicio actividad 2 0 2 4, 0 7, 1 6	
50. Código 1 2		51. Código					
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre MARTINEZ GALVAN XIOMARA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			



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 **Xiomara Martinez Galvan**, identificado(a) con CC número 1049628424, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049628424
NOMBRES Y APELLIDOS	Xiomara Martinez Galvan
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/12/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	114 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/03/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1049628424 XIOMARA MARTINEZ GALVAN Desde 02/01/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1049628424 XIOMARA MARTINEZ GALVAN Desde 01/10/2023 Hasta 28/02/2025