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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**29308-252442**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	51.706.037	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lbortiz7@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	007500765149
IP/Nº de contacto:	3125179262	**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?	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:	7432923/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.597.066
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 27.597.066
Valor Bruto Pago:	**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 24.377.408

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.275.158**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**83059027**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
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%	$ 22.949.039	$ 759.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.275.158,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.041.658,00	
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 - BOGOTÁ	29.382,00	0,966%
-	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)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.190.276,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION INTEGRAL

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos

Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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

LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES
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,

LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA
PROFESIONAL G01(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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

22/02/25 00:10:17 USUARIO: SIC - C.C. 51706037

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES
No. Identificación: CC51706037
Dirección: CL 35 D NO 78 L 16 SUR BR HOGARES COL
Telefono: 4725923
Correo: LUCY5337@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 83059027

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51706037	**Periodo de Cotización Salud**	diciembre de 2024
Número de planilla	83059027	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2024
Fecha pago	2025-01-02	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	1864787	**Total Pagado**	232700
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
EPS008	Compensar EPS	223300	1

83059027

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51706037
APELLIDOS Y NOMBRES: LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		1786218	0	1786218	0	223300	0	0	0	9400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES identificado(a) con Cedula Ciudadania 51706037, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente bajos ingresos tipo 41 según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20080108	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27951244

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.759

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **ORTIZ WILCHES LUCY BELINDA** identificado(a) con **CC** número **51.706.037** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 97.481.942** generada el **02 de septiembre de 2022**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de febrero de 2025

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022109410

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES** identificado con **CC** No. **51706037**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 10/09/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de 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 a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012794332.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141107726484

(415)7707212489984(8020) 000014110772648 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 7 0 6 0 3 7	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 1 7 0 6 0 3 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	WILCHES	LUCY	BELINDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 35 D SUR 78 L 16

42. Correo electrónico: lucy5337@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 9 5 9 9 2 4	3 1 2 5 1 7 9 2 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 0 2 0 1 0 1	7 4 9 0	2 0 1 0 1 2 0 6	8 5 4 2		2 4 4 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **21/02/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **51706037**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**007500765149**
Saldo a la fecha	**39,358.92 Pesos**
Fecha de apertura	**03/10/2005**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51706037 realizó el día 21/02/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51706037 el día 21/02/2025 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

MEDICSALUD SABANA

CERTIFICADO DE APTITUD - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
IPS MEDICSALUD SABANA SAS
NIT: 900972845-1



CONCEPTO DE APTITUD # TO194538

TIPO DE EXAMEN: INGRESO **FECHA DE EXAMEN:** 27/01/2023 **CIUDAD:** TOCANCIPA
EMPRESA: PARTICULAR **EMPRESA EN MISION:** PARTICULAR

IDENTIFICACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

NOMBRE: LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES **IDENTIFICACION:** CC **51706037** **EDAD** 60
CARGO PSICOLOGA **SECCION** OPERATIVO

CLASIFICACION DE APTITUD

General: **INGRESO APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

AYUDAS DIAGNOSTICAS

EX.OSTEOMUSCULAR	27/01/2023	SIN ALTERACION
OPTOMETRIA	27/01/2023	ALTERACION BAJA DE AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA
LABORATORIO CLINICO:	27/01/2023	GLICEMIA COLESTEROL TOTAL : HDL : LDL : TRIGLICERIDOS : SIN ALTERACION
OTROS EXAMENES:	27/01/2023	EXAMEN CARDIOVASCULAR: SIN ALTERACIONES
		EXAMEN ESQUELETICO: SIN ALTERACIONES
MANEJO POR EPS/ARL		TETS PSICOMETRICO: APTO/NORMAL

RECOMENDACIONES GENERALES

OCUPACIONALES: **Control periódico, programa de Promoción y Prevención EPS**
Control periódico Ocupacional - Higiene Postural
HABITOS Y ESTILO DE VIDA **Dieta Balanceada - Ejercicio regular 3 veces por semana.**

SE SUGIERE INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO

PROGRAMA DE PROTEC. AUDITIVA: **OSTEOMUSCULAR:** **VISUAL:** SI **PROGRAMA DE PROTEC. RESPIRATORIA:**

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

PROGRAMA DE PROTEC. AUDITIVA: Control de exposicion a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido auditivo extra laboral.

OSTEOMUSCULAR: Acondicionamiento físico según requerimiento del cargo. Adecuación ergonómica de puesto de trabajo según disposición de la empresa, capacitación para manejo de cargas, según criterios de cargo.

VISUAL: Educación en Higiene Visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación de puesto de trabajo. Pausa activa visual.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

* SE SUGIERE EL USO DE GAFAS CON FORMULA PARA EL CARGO, SE SUGIERE REALIZAR CONTROL POR LA EPS O PARTICULAR.

* NINGUNO POR MEDICINA

Nota: Yo, LUCY BELINDA ORTIZ WILCHES **Identificado con c.c. No.** 51706037 **de manera libre y voluntaria autorizo al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o exámenes complementarios de salud ocupacional. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le de** IPS MEDICSALUD SABANA SAS **autorizo a la misma que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo. Esta certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del paciente, es un documento privado y sometido a reserva del prestador de servicios de salud según resolución 2346 del 2007 del ministerio de salud decreto 2174 de 1996 y resolución 1918 de 2009.**
Después de 24 horas no se puede cambiar razón social ni fecha del examen.

NANCY AGUILAR
RM 250097 REG S. O 25-4078/2013 NIT: 46.679532 - 9

Firma Paciente CC 51706037

ISO 9001:2015 ISO 14001:2015 ISO 45001:2018 NTC 5555:2011 SISCERT.