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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	930310
Fecha Elaboración	Marzo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	64431-444290

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEONARDO ANDRÉS LÓPEZ SÁNCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.225.860	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	leonardolopezingenieria@gmail.com	**Número de Cuenta:**	10074570149
IP/Nº 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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
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:	7573725/2025	**Nº Compromiso SIIF**	33825	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.475.697
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.475.697
Valor Bruto Pago:	**$ 3.679.609,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 36.796.088

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.679.609	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	**$ 3.679.609**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.439.409**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.439.409,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.471.844	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.260.109,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 184.000	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 235.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 7.700	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	31.493,00	0,966%
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		$ -		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%	$ 29.505.907	$ 813.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.648.116,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion 2 Se socializó la "Guia orientación formación ambientes virtuales de aprendizaje", Acuerdo 009 Reglamentos del aprendiz

Obligacion 13 Se impartió formación a la ficha 2939639 del programa Técnico en Programación aplicaciones y servicios para la nube.

Obligacion 14 Se impartió formación a la ficha 2939639, 3149491, 3149496, acorde a como se recibieron franjas de formacion academica

Obligacion 15 Se socializó el reglamento del aprendiz con los grupos de la ficha 2939639, 3149491, 3149496.

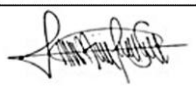
Obligacion 16 Se asistió a las reuniones convocadas por el Centro de formación para recibir capacitación sobre las dinámicas del SENA

Obligacion 17 Se cuidaron los elementos y equipos en los ambientes de aprendizaje

Obligacion 19 Se aportaron los documentos y demás requerimientos para el proceso de contratación y cuenta de cobro del periodo objeto

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



LEONARDO ANDRÉS LÓPEZ SÁNCHEZ
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 periodo 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,

ANDREA YULIETH PUENTES HERNANDEZ
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/03/25 13:27:19 USUARIO: SIC - C.C. 11225860

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEONARDO ANDRES LOPEZ SANCHEZ identificado(a) con CC. 11225860 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2024/12/18**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 08 días del mes de 03 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEONARDO ANDRES LOPEZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.225.860**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14630192610

(415)7707212489984(8020) 000001463019261 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1122586	0 4	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1122586 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Girardot 307

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	SANCHEZ	LEONARDO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Melgar 449

41. Dirección principal: CR 13 7 B 45 BRR LA FLORIDA

42. Correo electrónico: laitux1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2451122	3124471781

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
9511	2008 06 02	7490	2014 07 11				

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 49																									

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

Fecha generación documento PDF: 10-03-2025 07:09:41AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

Página 2 de 3 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14630192610

(415)7707212489984(8020) **000001463019261 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 5 8 6 0	4	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 9 0 5 2 6	
77. No. Matrícula mercantil	5 9 2 7 3	
78. Departamento	7 3	
79. Ciudad/Municipio	4 5	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 10-03-2025 07:09:41AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14630192610

(415)7707212489984(8020) 000001463019261 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 5 8 6 0	4	Impuestos y Aduanas de Girardot	8

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos diversos ncp, en establecimientos espe 5 2 3 9

162. Nombre del establecimiento: PAÑALERA Y BODEGA EL MUNDO DEL BEBE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Melgar 4 4 9

165. Dirección: CR 23 7 42

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
5 9 2 7 4	2 0 0 9 0 5 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 2 4 4 7 1 7 8 1	2 0 1 1 0 3 2 4

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-03-2025 07:09:41AM

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, **LEONARDO ANDRES LOPEZ SANCHEZ** identificado con **CC** No. **11225860**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 28/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 27/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **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): 202501013462719.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD OCUPACIONAL INTERNACIONAL SAS
NIT: 900536232-8
LIC. S.O. RES. 2296 DEL 24/02/2016

EVALUACION MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 11225860-230315

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 mar. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE INGRESO
Paciente:	LEONARDO ANDRES LOPEZ SANCHEZ	**Identificación:**	11225860
Género	MASCULINO **Edad:** 44	**Teléfono**	**Móvil:** 3124471781
Fecha Nacimiento:	27/12/1980	**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CALLE 57 B SUR NO 79 G 13 BARRIO ROMA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR	**AREA: OPERATIVO**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOLOGICA	EL PACIENTE DEMUESTRA ESTABILIDAD EMOCIONAL, AUTORREGULACIÓN Y RESILIENCIA ANTE SITUACIONES DE ALTA EXIGENCIA. ASIMISMO, EVIDENCIA CRITERIO ADECUADO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN CONTEXTOS DE PRESIÓN, GARANTIZANDO UN DESEMPEÑO SEGURO EN SU ROL.
PRUEBA PSICOMOTRIZ (EXAMEN DE PSICOLOGIA Y EXAMEN DE COORD. MOTRIZ)	MUESTRA UN DESEMPEÑO ÓPTIMO EN LA EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ, RESPONDIENDO DE MANERA EFICAZ Y ACORDE A LOS ESTÍMULOS PRESENTADOS, LO QUE INDICA UNA CORRECTA INTEGRACIÓN DE SUS FUNCIONES COGNITIVAS Y MOTORAS.
AUDIOMETRIA	CONTROL ANUAL / IMPLEMENTAR PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVA
VISIOMETRIA	DEBE CONTINUAR USO DE GAFAS O LENTES PERMANENTES, CONTROL VISUAL ANUAL.
EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR 3V/SEMANA X 30 MIN MINIMO
GLICEMIA	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS INFERIORES, CAMBIO PERIODICOS DE POSICION DE PIE A SENTADO, POR ANTECEDENTE RECIENTE DE ALTERACION OSTEOMUSCULAR MIEMBRO INFERIOR, VALORACION MEDICO EPS. EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-	PPyP
AUDITIVO	-	PPyP
OSTEOMUSCULAR	-	PPyP
RESPIRATORIO	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS.
Salud Ocupacional Internacional, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales.
Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos, además, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito, riesgos y beneficios de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa.'

Médico Especialista en Salud Laboral
EDGAR ALFONSO PADILLA SIERRA
S.O.3644 31/07/2020 RM: 02788

Firma y cédula del Paciente
LEONARDO ANDRES LOPEZ SANCHEZ
11225860