

<div><div></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)		Código Regional		15		
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro		930510		
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL- BOYACA - SERVICIOS P		Fecha Elaboración		Mayo de 2025		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 2.25		
		ID de Proceso		35820-711500			
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		MILEIDY GONZALEZ HERRERA		BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía		1.110.528.193		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		mileidygonzalez52@gmail.com		Número de Cuenta:		24051090355	
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		SI	
¿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						SI	
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:		7856824/2025	Nº Compromiso SIIF	125125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales en la ejecución de la formación profesional integral desarrollando actividades de planeación, orientación y evaluación en los programas de Formación titulada y/o complementaria que se imparte en el Centro de Gestión Administrativa y Fortalecimiento Empresarial en el área de GESTION DOCUMENTAL de conformidad con los Lineamientos					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		14/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.812.290	
Número de pago		1			Valor Total del Contrato:	\$ 9.812.290	
Valor Bruto Pago:		\$ 2.606.389,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 7.205.901	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 2.606.389		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		\$ 2.606.389		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.779.089		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		1.779.089,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	Decreto 1273/201	Base retención en la fuente a título de ICA		2.606.389,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 806.650	\$ 0	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 100.900	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 129.100	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 4.300	\$ 0	Reteica - 8299		0,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	1,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	1,000%
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%		\$ 9.835.302	\$ 593.000			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		\$2.606.389,00	
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Reconocer el protocolo para la prestación del servicio de consulta e información archivística, de acuerdo con normativa y política org							
Prestar el servicio de consulta y de información archivística, teniendo en cuenta protocolo, normativa y política organizacional.							
Verificar la trazabilidad de la prestación del servicio de consulta y de información archivística, teniendo en cuenta el protocolo, no							
Presentar propuestas de mejora en la prestación del servicio de consulta y de información archivística, de acuerdo con las peticiones,							
Aplicar técnicas de validación de los procedimientos de trámite y prestación de servicios archivísticos.							
Aplicar procedimientos de trámite, organización y conservación y uso de datos para la atención y servicio de información en el archivo							
Realizar actividades de servicio relacionadas consulta y de información archivística, teniendo en cuenta protocolo, normativa y políti							
Aplicar el protocolo para la prestación del servicio de consulta e información archivística, de acuerdo con normativa y política organ							
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							
				MILEIDY GONZALEZ HERRERA		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.			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,			
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.							
				NIDIA MARITZA MORA VALBUENA		INSTRUCTOR G13	
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							
MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE							
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)							



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 Mileidy Gonzalez Herrera, identificado(a) con CC número 1110528193, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1110528193
NOMBRES Y APELLIDOS	Mileidy Gonzalez Herrera
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/08/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	226 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	27 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	
N.I.T. 901695387 CONSORCIO DATAFILE PROCESOS Y SERVICIOS Desde 26/12/2024 - Vigente N.I.T. 892000102	
CAMARADE COMERCIO DE VILLAVICENCIO Desde 29/05/2024	
Hasta 31/12/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1110528193 MILEIDY GONZALEZ HERRERA Desde 01/12/2023 Hasta 31/03/2024	



**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:

MILEIDY GONZALEZ HERRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.528.193**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Abril 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.

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, **MILEIDY GONZALEZ HERRERA** identificado con CC No. **1110528193**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 07/05/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 06/05/2025 Fecha fin de Contrato: 10/07/2025 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 prórroga 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): 202501015372594.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 31 días del mes de mayo de 2025.

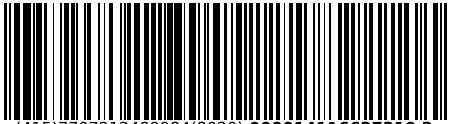
Cordialmente,

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

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

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141166273102			
				 (415)7707212489984(8020) 000014116627310 2			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 1 1 0 5 2 8 1 9 3		0		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 1 1 0 5 2 8 1 9 3			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
GONZALEZ		HERRERA		MILEIDY			
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1			
41. Dirección principal							
MZ H CA 3 BRR JORDAN							
42. Correo electrónico mileidygonzalez52@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 5 0 2 0 4 4 7 4 4			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
9 1 0 1 2 0 1 4 0 3 2 7		8 5 5 1 2 0 2 5 0 3 0 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 ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre GONZALEZ HERRERA MILEIDY			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MILEIDY GONZALEZ HERRERA

Identificado con CC 1110528193

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina HONDA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24051090355
Fecha de apertura:	23 de Febrero de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 29 de Abril de 2025.

Cordialmente,

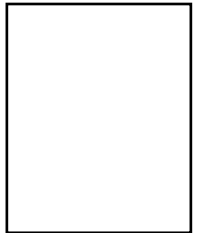
Vicepresidencia de Banca Masiva



Angela Maria Velasco Beltran

NIT. 1.061.687.587

Carrera 11 # 17 n 105 Antonio Nariño
Cel. 3186833663 - Tel. 8344923 - E-mail. medicoangelavelasco@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 574

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
01 DÍA	03 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
GONZALEZ MILEIDY				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		32 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS		CC 1110528193	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo COORDINADOR DE GESTION DOCUMENTAL									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA									
Observaciones: SIN DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD									
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓				OPTOMETRÍA	
AUDIOMETRÍA				✓				-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP : SEGUN SU PUESTO.				HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS, 10 MINUTOS.				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
								DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL HA SIDO ASIGNADO SIN RESTRICCIÓN O RECOMENDACIÓN. EMPRESA: SALUD INTEGRAL IPS.									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma: 				Firma: _____					
Nombre: VELASCO BELTRAN ANGELA				Nombre: GONZALEZ MILEIDY					
R. M.: 1061687587				L.S.O.: 04294052022				Código de Seguridad	
				A1224G1M574				CC: 1110528193	



Hace constar:

Que el Sr(a) MILEIDY GONZALEZ HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110528193 realizó el día 15/03/2025 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 MILEIDY GONZALEZ HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110528193 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 -



Hace constar:

Que el Sr(a) MILEIDY GONZALEZ HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110528193 el día 31/05/2025 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