



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	Junio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	51312-720879

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	53.102.990	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nidyaguti@hotmail.com	Número de Cuenta:	24122117772
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	SI
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:	7909471/2025	Nº Compromiso SIIF	59725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DERIVADAS DE LOS PROCESOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ORIENTADAS A FORTALECER LAS COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2025	Al	30/06/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.720.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 25.680.000
Valor Bruto Pago:	\$ 3.600.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.120.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.600.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.600.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.116.000</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	0	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.116.000,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.440.000	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.000	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.400	\$ 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	\$ 7.600	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	0%
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	\$ 360.000	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 26.227.473	\$ 706.000		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>\$3.600.000,00</b>	

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE**

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

Fomentar e implementar estrategias para el desarrollo de habilidades blandas en los aprendices del Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información y Comunicación; Participar en la formulación del plan de Bienestar al Aprendiz del Centro de gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información y Comunicación; Apoyar estrategias para la orientación de los aprendices en temas relacionados con la salud física y mental que puedan afectar la performance; Articular con los demás profesionales que ejecutan el plan de bienestar del centro estrategias o campañas orientadas a fomentar en los aprendices; Articular con el equipo que adelanta acciones del plan de bienestar, así como con los grupos internos del Centro de gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información y Comunicación; Apoyar acciones orientadas al fortalecimiento del liderazgo de los aprendices en especial de los representantes de aprendices; Realizar informes, reportes u otros documentos asociados a las actividades relacionadas con su objeto contractual y obligaciones; Realizar registro de actividades realizadas en el aplicativo de Sofia Plus y en las demás plataformas dispuestas; realizar informes; Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental relacionada con el objeto contractual

**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

**NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON**  
**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,

**KAREEN JOHANNA VEGA CORDERO**  
**PROFESIONAL G06**

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)**

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

**CERTIFICA QUE**

Que e l(la) señor(a) NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON identificado(a) con cedula ciudadanía 53.102.990, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200225	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de junio de 2025

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
SENA

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

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
15528960

CER-AFI

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUTIERREZ GARZON NYDIA EDITH** identificado(a) con **CC** número **53.102.990** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de febrero de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de junio 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:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



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, **NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON** identificado con **CC No. 53102990**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 05/06/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 04/06/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 30/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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](http://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): 202501016237021.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de junio 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

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Calle 35 N° 15-56 Teusaquillo.  
Tel. (091) 8 05 24 68  
E-mail. [empresaludocupacional@hotmail.com](mailto:empresaludocupacional@hotmail.com)  
Bogotá D.C., Colombia



## EXAMEN PRE OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 53102990-237546

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	5/02/2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	PRE - OCUPACIONAL
<b>Paciente:</b>	NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON	<b>Identificación:</b>	53102990
<b>Género</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 39	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3204205078
<b>Fecha Nacimiento:</b>	16/08/1985	<b>Cargo:</b>	CONTRATISTA
<b>Estado Civil:</b>	UNION LIBRE	<b>EPS:</b>	COMPENSAR
<b>Dirección</b>	TRAS 78 H BIS NO 48 A 48 SUR	<b>Escolaridad:</b>	ESPECIALIZACION
<b>Empresa</b>	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

#### MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES, CONOCER Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**APTO CON RECOMENDACIONES  
EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL**

Observaciones: DIETA BAJA EN GRASA E HIPOCALORICA Y EJERCICIO DIARIO

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

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

NO

### Información de Remisiones

NO

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) trabajador(a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO - POLITICA DE PROTECCION DE DATOS.

EMPRESALUD OCUPACIONAL. Se acoge a las disposiciones de la ley 1581 de 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de proteccion 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, ademas, autorizo la realizacion del examen medico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido informacion de la naturaleza y proposito de estos examenes. Certifico que la informacion dada por mi en la historia clinica ocupacional es verídica y completa.'



**Dra. Claudia Marroquín**  
R.M. 32 676 526  
Lic. S.S.T. 19909/2024

CLAUDIA ROSA MARROQUIN VILLADIEGO 19909/2024  
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el

NYDIA EDITH GUTIERREZ GARZON 53102990  
Firma y cédula del Paciente