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	**16 de Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**53153-441081**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	52.377.926	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	camilagalvis7@gmail.com	**Número de Cuenta:**	615117918
IP/Nº de contacto:		**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?	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:	7571464/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**45625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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	**01/08/2025**	**Al**	**31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.311.068
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 43.542.038
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.711.557

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**88420458**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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%	$ 32.784.341	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.911.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar seguimiento a aprendices en Etapa Productiva verificando que se cumplan principios del PEI

Verificar que los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz sean cumplidos por los aprendices en Etapa Productiva

Presentar informes periódicos de visitas, juicios, elaborar actas y atender inquietudes de empresas y aprendices

Verificar que los aprendices realicen actividades acordes al programa formativo en la fase lectiva

Orientar y evaluar las actividades que realizarán los aprendices como evidencia durante la ejecución de sus prácticas

Evaluar en el sistema Sofía Plus el juicio de Etapa Productiva a los aprendices que cumplan con el tiempo de práctica

Acompañamiento a las empresas que soliciten terminación de contrato de aprendices cuando abandonaron la práctica

Verificar que la información registrada en el sistema de Sofía Plus, Zajuna y Caprendizaje coincidan con datos de los aprendices

Hacer acompañamiento especial buscado estrategias para que aprendices con habilidades diversas tengan inclusión laboral

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

CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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

16/08/25 11:04:26 USUARIO: SIC - C.C. 52377926

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52377926	CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA	calle 187 bis #20-45 int.5 apto. 102	3024664461	camilagalvis7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88420458	$573.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	7	1.100	0	231.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	7	1.400	0	295.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	7	100	9.800			97	9.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	7	200	37.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	231.100
Pensión	1	294.400	295.800
Riesgos Laborales	1	9.700	9.800
CCF	1	36.800	37.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	573.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52377926	CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA		calle 187 bis #20-45 int.5 apto. 102	3024664461	camilagalvis7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88420458	$573.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52377926	GALVIS ACOSTA CAMILA ANDREA	59	0			N																	25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	1	9.700	CCF24	1.840.000	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

S&S IPS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.

NIT. 900.882.546-8

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2025-02-20 13:32:17

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA **EDAD:** 48 Años **ID:** CC 52377926

FECHA DE NACIMIENTO: 1976-03-09 **TEL.** 3024664461

DIRECCION: CLL 187 BIS # 20-45 BARRIO MARANTA BOGOTA (COLOMBIA) **EMPRESA USUARIO:**

OBS. DE OCUPACION: CONTRATISTA **CONVENIO:** PARTICULARES

EPS: COMPENSAR E.P.S.

SEXO: F **TIPO DE SANGRE:** A+



TIPO DE EXAMEN

☑ **INGRESO** ☐ **PERIODICO** ☐ **EGRESO** ☐ **REINTEGRO** ☐ **POST-INCAPACIDAD**

☑ **ENFASIS** - OSTEOMUSCULAR Y VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE INGRESO: SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE EGRESO: --

CONCEPTO PERIÓDICO: --

CONCEPTO REINTEGRO: -

CONCEPTO CAMBIO OCUPACIÓN: -

CONCEPTO POST-INCAPACIDAD: -

REQUISITOS DE SALUD

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA:

TRABAJO EN ALTURAS: NO APLICA

MANIPULACION ALIMENTOS: NO APLICA

ESPACIOS CONFINADOS: NO APLICA

BRIGADISTA: NO APLICA

TRABAJOS ESPECIALES: NO APLICA

MOTIVO DE APLAZAMIENTO:

LIMITACIONES O RESTRICCIONES (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono con limitaciones o restricciones para el cargo o cuando NO cumple con los requisitos de salud)

¿CUALES?	FUNCIONES	AGENTES O FACTORES DE RIESGO	T	P	RECOMENDACIONES

EXÁMENES REALIZADOS

☐ AUDIOMETRIA	☐ ELECTROCARDIOGRAMA	☐ ENFASIS DERMATOLOGICO	☐ ESPIROMETRIA
☑ E.LABORATORIO EN SANGRE	☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☑ VISIOMETRIA	☐ OPTOMETRIA
☐ OXIMETRIA DE PULSO	☑ PRUEBA PSICOLÓGICA	☐ PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA	☐ PSICOTECNICO
☐ RX COLUMNA CERVICAL	☐ RX COLUMNA DORSAL	☐ RX COLUMNA DORSOLUMBAR	
☐ RX COLUMNA TOTAL	☐ RX TÓRAX AP Y LATERAL	☐ RX COLUMNA LUMBOSACRA	

OTRO:

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico: ☐ a. Continuar manejo médico ☐ b. Remisión a EPS. ☐ c. Seguimiento por la ARL.	• Conducta médica laboral: ☑ a. Higiene postural. ☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal. ☐ c. Ingreso a programa de vigilancia epidemiologica: (BIOMECANICO, AUDITIVO, CARDIOVASCULAR) ☐ d. Educación en manejo de cargas ☑ e. Pausas activas ☐ f. Otros	• Cond. sobre hábitos y est. de vida saludables: ☑ a. Actividad física regular. ☑ b. Educación en alimentación saludable. ☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales. **e. Otro:**

Remision:

Observaciones:

RECOMENDACIONES:

- CONTROL PERIODICO ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
- USO ADECUADO DE EPP
- HIGIENE POSTURAL
- HABITOS DE VIDA SALUDABLE

CONDICIONES:

- PACIENTE EN ADECUADAS CONDICONES PARA LABORAL
- HEMOGLOBINA RESULTADO 5.8 NORMAL
- VISIOMETRÍA VALORACIÓN NORMAL
- PSICOSOCIAL RESULTADO NORMAL

RESTRICCIONES:

- NINGUNA

OBSERVACIONES: LAS RESTRICCIONES SON LABORALES Y EN HABITO DE CASA.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AQUÍ CONSIGNADA ES VERAS Y PUEDE SER VERIFICADA, QUE RECIBIDO TODAS LAS RECOMENDACIONES DEL MEDICO TRATANTE Y QUE NO HE OCULTADO NINGUNA PATOLOGÍA. AUTORIZO LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL A MI EMPLEADOR BAJO MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD.

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PERIODO DE CUARENTENA POR PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de sintomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún sintoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS, por ello TODOS DEBEMOS:

· Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.

· Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.

· Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.

· Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

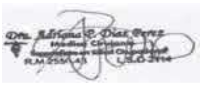
· Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.

· Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.

· Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.

· SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.

***CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA:** En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud*



ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ

ESP. MEDICINA GENERAL Y SALUD OCUPACIONAL

R.M. 255043 LSO NO 2114

PACIENTE: CAMILA ANDREA GALVIS ACOSTA

ID. CC 52377926

AV CARRERA 9 127 B 16 ED MEDICAL CENTER SIGLO XXI

E-MAIL: administrativa@sysips.com

BOGOTA - COLOMBIA