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	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**50871-030490**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDUARDO CASTRILLON LEGARDA	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.350.217	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	educas17@gmail.com	**Número de Cuenta:**	0063182380
IP/Nº de contacto:	0	**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:	7432098/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

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	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.906.145
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 306.634

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**89167188**
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%	$ 29.505.907	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.798.000		
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

Trabajar con el equipo de instructores para avanzar en la formación de los grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248

Impartir la formación profesional integral a los grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248, TGE 2874256, TGE 3065267

Evaluación de primer corte de trimestre, grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248, TGE 2874256, TGE 3065267

Ejecución planes trabajo, guía de aprendizaje, acta de inicio grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248, TGE 2874256

Reporte listados aprendices dependiendo de su estado actual de formación y coordinar con el instructor Gestor del grupo

Juicios de evaluación en SOFIA PLUS grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248, TGE 2874256, TGE 3065267

Brindar orientación a los avances del Proyecto Formativo en los grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248, TGE 2874256

Preparar los informes solicitados por la Coordinación Académica como entregables del corte 1 del trimestre 3 de 2025.

Registro de inasistencia y reporte ruta de deserción de aprendices grupos TGE 2995718, TGA 3153637, TGE 3142522, TGE 2874248,

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



EDUARDO CASTRILLON LEGARDA
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,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

17/09/25 06:28:57 USUARIO: SIC - C.C. 79350217

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **EDUARDO CASTRILLON LEGARDA**, identificada con **CC** número **79350217**, aportó por **EDUARDO CASTRILLON LEGARDA** identificado(a) con **CC** número **79350217** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,840,000	0.12500	$230,000	$0	$0	Agosto - 2025	89167188	02/09/2025	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,840,000	0.16000	$294,400	$0	$0	Agosto - 2025	89167188	02/09/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,840,000	0.00522	$9,700	$0	$0	Agosto - 2025	89167188	02/09/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **2** días del mes **Septiembre** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/01/2023 07:50:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **EDUARDO CASTRILLON LEGARDA**

Cargo **INSTRUCTOR (A)** Doc. Identidad **CC 79350217**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 OPTOMETRIA	2 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	3 ENFASIS CARDIOVASCULAR
4 HEMOGRAMA IV	5 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	6 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO
7 COLESTEROL TOTAL, AUDIOMETRIA SOD	8 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	9 TRIGLICÉRIDOS, TEST PSICOLOGICO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO⊗	**ARL**	SI ○	NO⊗	**EPS**	SI ○	NO⊗

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
USO DE GAFAS PERMANENTES Y OBLIGATORIAS



SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15



Trabajador: EDUARDO CASTRILLON LEGARDA
CC 79350217
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

DEBE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO MEDICO YA INSTAURADO POR LA EPS
CONTROL POR OPTOMETRIA OTORRINO Y MEDICINA OCUPACIONAL CADA 3 MESES PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD PARA CONTINUAR EN EL CARGO
DEBE BAJAR DE PESO
CULTURA DE TRABAJO SEGURO FRENTE A SUS ACCIONES DURANTE LA JORNADA LABORAL
CAPACITACION Y/O INDUCCION FRENTE A LA LABOR QUE VA A DESEMPEÑAR
ADECUADOS HABITOS POSTURALES PARA CONSERVAR EN BUEN ESTADO LA COLUMNA
ADECUADOS HABITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL
DESCANSO DE MIEMBROS INFERIORES AL TERMINAR LABOR PARA PREVENIR VARICES
FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA QUE HAY EN LA EMPRESA
MANTENER UN SUEÑO REPARADOR DE 8 HORAS COMO MÍNIMO.
ABSTENERSE DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS HORAS ANTERIORES A SU TRABAJO
CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD .
DEBE LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
CONFIRMAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ADULTOS
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
SE RECOMIENDA:
CONTINUAR CON EL LAVADO DE MANOS DE FORMA CONTINUA

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: EDUARDO CASTRILLON LEGARDA
CC 79350217
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica