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 GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

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	**45661-832578**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDRES FELIPE SARABIA ESPINOSA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.117.554.664	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pipesarabia23@gmail.com	**Número de Cuenta:**	46646290911
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:	7571192/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**53025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:: 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

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.711.556
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.963.162
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.112.045

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		----------	**34121000**
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%	$ 26.227.473	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.610.000		
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

Realiza seguimiento presencial y virtual a los aprendices durante su etapa productiva para verificar el cumplimiento de las actividade
Supervisar y retroalimentar las bitácoras quincenales elaboradas por los aprendices, donde estos registran las actividades.
Efectúa visitas de seguimiento al lugar de práctica (empresa o entidad), y mantiene comunicación directa con los tutores empresariales
Evalúa el logro de los resultados de aprendizaje definidos para la etapa productiva y registra oportunamente la información.
Elabora reportes sobre el avance, dificultades o cumplimiento del aprendizaje

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

Andres Sarabia

ANDRES FELIPE SARABIA ESPINOSA
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,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2025.09.26 11:12:10 -05'00'

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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

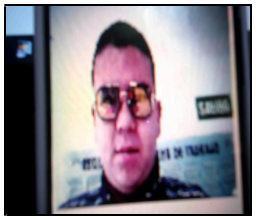
Se certifica que la empresa , identificada con CC-1117554664 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-08	230301	800224808	PORVENIR	1	0	473.600	0	473.600
Período salud:	2025-08	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	370.000	0	370.000
Planilla Nro.:	34121000 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	15.500	0	15.500
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-08-04	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1678135517	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 859.100

PAGADO

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Andres Felipe Sarabia Espinosa **Fecha:** 11/04/2025 12:00:00 AM **SID-VISIO : 45251**
No. Identificacion: 1117554664 **Empresa:** PARTICULAR Particular
Edad: 25 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** ABOGADO Ingreso



Cargo: ABOGADO Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO
A. Personales Visuales: No Refiere
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral
Usa Anteojos: (●) Si ( ) No Bifocal: ( ) Si (●) No LDC: ( ) Si (●) No
Tipo de Uso : permanente Trae Rx: (●) Si ( ) No
Ultimo Examen: 1 MES Ultimo Diagnostico: ASTIGMATISMO

RX EN USO TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OD: **AV:**
OI: **AV:**

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS SIN GAFAS

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion			Sin Correcion			PH	
Snellen Numeros		V. LEJANA	V. PROXIMA		V. LEJANA	V. PROXIMA		
	O.D.:	20/20	0.5M	O.D.:	20/40	0.5M	O.D.:	
	O.I:	20/20	0.5M	O.I:	20/40	0.5M	O.I:	
	A.O:	20/20	0.5M	A.O:	20/30	0.5M	A.O:	

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO **OI:** SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N-3.50*0 **AV:** 20/20

OI: N-3.50*0 **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

(●) Corregido ( ) No Corregido ( ) Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	N	-3.50	0 °	20/20
	IZQUIERDO	N	-3.50	0 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: LENTE DE CONTACTO					
CLASE DE FILTRO: ANTIRREFLEJO					

Clasificación: **Amétrope Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION ADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL EN UN AÑO. PAUSAS ACTIVAS.

Gloria J. Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052

Fri Mar 2025 03/28/25



Fri Apr 2025 04/11/25 00:33:58

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Andres Felipe Sarabia Espinosa	1117554664	36305
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	23/09/1999
Direccion:	B/CHAPINERO CALLE 50# 15-45 | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
81376	Masculino	25	Años	Soltero	Postgrado	FLORENCIA	11/04/2025 06:57:12

Objetivo:	**Ingreso**	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	ABOGADO
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR,AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, ENFASIS CARDIOVASCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

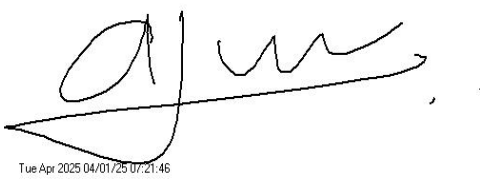
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP, Requiere uso permanente de correccion visual. SEGUN I.M.C.: Dieta , Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Salud Visual.

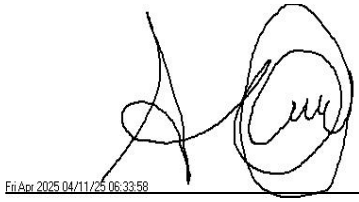
Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. 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.



AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

11/04/2025 07:23:20

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Andres Felipe Sarabia Espinosa **Fecha:** 11/04/2025 **SID-AUDIO : 36464**

No. Identificacion: 1117554664 **Empresa:** PARTICULAR Particular

Edad: 25 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** ABOGADO Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

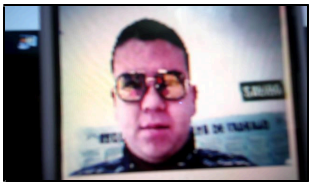
Cargo Actual: ESCRIBIENTE
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: ABOGADO
Empresa: INDEPENDIENTE

Tiempo de Servicio: No Refiere
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: INGRESO
Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 1 AÑO
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar:	Si ○ No ●		Tiro al Blanco:	Si ○ No ●	
Moto:	Si ● No ○		Tejo:	Si ○ No ●	
Carro:	Si ● No ○		Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ● No ○	
Avion / Helicoptero:	Si ○ No ●		Discoteca:	Si ○ No ●	
Natacion:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ●	



Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○ No ●		Diabetes:	Si ○ No ●	
Paperas:	Si ○ No ●		Sarampion:	Si ○ No ●	
HTA:	Si ○ No ●		Paralisis Facil:	Si ○ No ●	
Meningitis:	Si ○ No ●		Cefaleas:	Si ○ No ●	
Rubeola:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ●	

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○ No ●		Otitis:	Si ○ No ●	
Otorrea:	Si ○ No ●		Cirugias de Oido:	Si ○ No ●	
Acufenos / Tinnitus	Si ○ No ●		Hipoacusia:	Si ○ No ●	
Vertigo:	Si ○ No ●		Rinitis:	Si ○ No ●	
Sensacion de Oidos Tapad	Si ● No ○		Sinusitis:	Si ○ No ●	
Infecciones:	Si ○ No ●		Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○ No ●	
Tapon de Cerumen:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ○	

Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

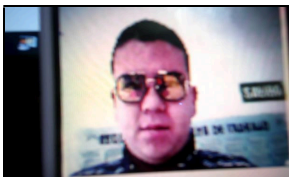
Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○ No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○ No ●
Le produce mal Genio:	Si ○ No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○ No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○ No ●

OTOSCOPIA		
PARAMETROS	**OIDO DERECHO**	**OIDO IZQUIERDO**
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

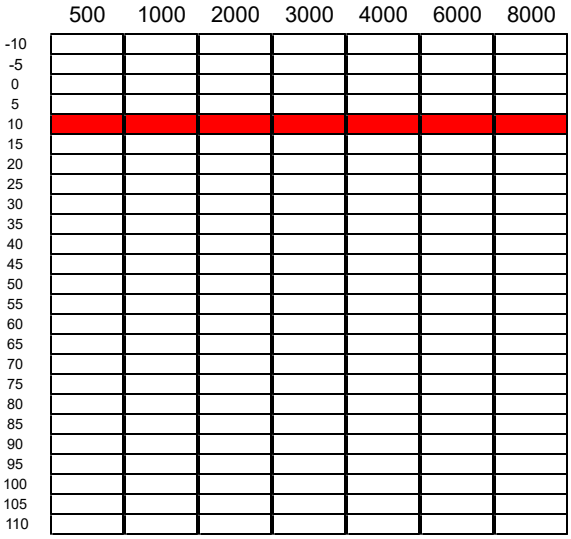
Reposo Auditivo: Si (◉) No (◯) Horas Reposo: 8 HORAS



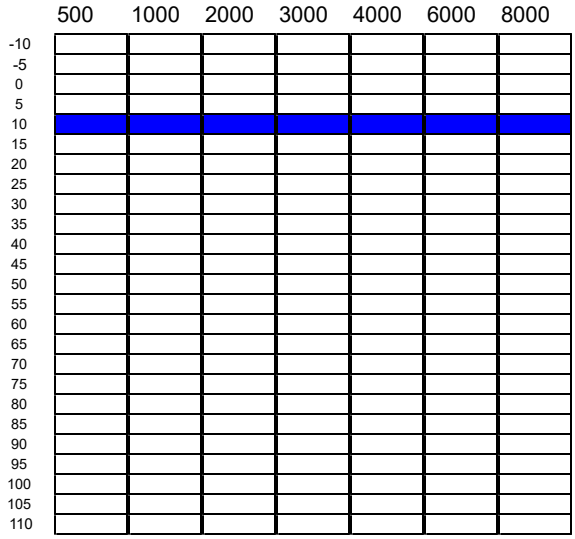
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 07/03/2023 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	10	10	10	10	10	10	10	10	10	dB
Oido Izquierdo	10	10	10	10	10	10	10	10	10	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE1O-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: _____ FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE Indice Derecho