

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</p> <p>REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p>CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p>		Código Regional	11		
			Código Centro	930310		
			Fecha Elaboración	Octubre de 2025		
			Versión	ENERO - 2.25		
			ID de Proceso	18835-976872		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS Cédula de Ciudadanía: 53.039.097 Correo electrónico: ladyaortizc@misena.edu.co IP/Nº de contacto: 3105627792 Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 65272739280 Presta Servicios Excluidos de IVA: SI Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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:	18278682/2025	Nº Compromiso SIIF	83025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	4	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA ATENDER LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO RED INS, DE ENSEÑANZA DE					
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	05/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 16.098.289	
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 16.098.289	
Valor Bruto Pago:	\$ 3.986.243,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 12.112.046	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios	\$ 3.986.243	Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.986.243	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.343.619	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
	Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.343.619,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	0	Base retención en la fuente a título de ICA		3.531.643,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.594.497	\$ 0	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 199.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 255.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA		0,00	15%
ARL	\$ 8.400	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		34.116,00	0,966%
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	\$ 398.624	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 13.113.736	\$ 781.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-			0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
			VALOR A PAGAR		\$3.952.127,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Desarrollé actividades de apoyo en la planeación, reclutamiento, entrevistas y diseño de las actividades correspondientes al programa						
Enruté las fichas correspondientes a ciclo 1 Escuela BPO, asocié a los aprendices inscritos, evalué y registré los juicios de evaluación						
Realicé la presentación del programa, objetivo, modalidad y horarios						
Socialicé y difundí el reglamento del aprendizaje para los cursos complementarios						
Creé una pieza publicitaria e hice promoción del curso de inglés escuela BPO						
Diligencé el formato de solicitud de creación de fichas y todos los documentos necesarios para hacer la solicitud.						
Registré la asistencia a las clases.						
Socialicé y difundí el reglamento del aprendiz para los cursos complementarios						
Preparé el documento GC y GF para la gestión documental 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					LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					<u>Autorizo</u> 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.					JHON JAIRO LEURO DELGADO INSTRUCTOR	
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)						



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS identificado(a) con CC 53039097 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 18/02/2019
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 02 días del mes octubre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

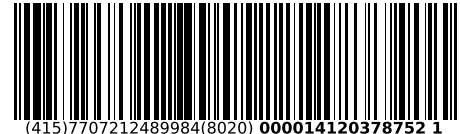
Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141203787521



(415)7707212489984(8020) 000014120378752 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 3 0 3 9 0 9 7

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

5 3 0 3 9 0 9 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

0 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 4 3

2 0 1 5 0 9 1 1

7 4 9 0

2 0 1 3 0 1 2 1

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, **LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS**, identificado con **CC No. 53039097**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	Fecha de inicio de cobertura: 05/09/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 05/09/2025 Fecha fin de Contrato: 19/12/2025 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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de octubre 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



SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos 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 **06/03/2023 09:25:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS**

Cargo **DOCENTE**

Doc. Identidad **CC 53039097**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

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

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXAMEN DE RETIRO		
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO **ARL** SI NO **EPS** SI NO

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO DE DOCENTE
SE LE RECOMIENDA LAVADO DE OIDOS

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
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

Lady Angelica Ortiz Contreras

Trabajador: LADY ANGELICA ORTIZ
CC 53039097

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



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

INDUCCION CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS NORMAS PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
HABITOS POSTURALES ADECUADOS
CONSUMO DE LIQUIDO AL MEDIO AMBIENTE DE FORMA CONSTANTE
PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES Y INFERIORES
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL
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
EVITAR CONSUMIR BEBIDAS NEGRAS, BEBIDAS FRIAS, EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURAS BRUSCOS, EVITAR HABLAR POR TIEMPOS PROLONGADOS
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS
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:
1 CONTINUAR CON EL LAVADO DE MANOS DE FORMA CONTINUA

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

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
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

Lady Angelica Ortiz

Trabajador: LADY ANGELICA ORTIZ
CC 53039097

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica