



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 DISTRICT 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	24 de Octubre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	72669-041621

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA VICTORIA HERRERA PENALOZA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	51.801.224	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ma.vicky@misena.edu.co	Número de Cuenta:	17313262413
IP/N° 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	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

N° del contrato:	7479719/2025	N° Compromiso SIIF	40525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/10/2025	Al	02/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 306.634
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 34.343.015
Valor Bruto Pago:			\$ 306.634,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 306.634	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	\$ 306.634	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 0	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

		Octubre	Setiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	90041819	Base retención en la fuente a título de RENTA	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 294.400	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 I		\$ 7.500	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	0,00 0,966%
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		\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$29.505.907	\$ 0			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.537.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$306.634,00

SON: TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos establecidos por competencias impartidas.
Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación. Toma de Asistencia a la FPI
Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas.
Se da cumplimiento a la programación de competencias.
Se realizan planes de trabajo y planeación de formación.
Se realiza proceso de planeación a la formación Campesena y Full Popular

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

MARIA VICTORIA HERRERA PENALOZA
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.

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51801224	MARIA VICTORIA HERRERA PENALOZA		Carrera 23 # 68 - 32	2494392	vicky_herrera56@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-09	2025-09	I	30/09/2025	90041819	\$534.100	

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	0	0	0	230.000	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	0	0		294.400	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	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	534.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51801224	MARIA VICTORIA HERRERA PEÑALOZA		Carrera 23 # 68 - 32	2494392	vicky_herrera56@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	30/09/2025	90041819	\$534.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	51801224	HERRERA PEÑALOZA MARIA VICTORIA	59	0		N																		25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2024/07/13	Nro Ingreso:	20240713020117
Paciente:	MARIA VICTORIA HERRERA PEÑALOZA	CC:	51801224
Edad:	59 años	Nombre Cliente:	SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR		
Origen:	INDEPENDIENTE	Destino:	INDEPENDIENTE
Fecha Atención:	2024-07-13 09:27:33		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA PSICOLOGIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	INGRESO CON RECOMENDACIONES MEDICAS
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PREVENTIVAS
ENFASIS - SISTEMA OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Medico |
| ☒ Pausas Activas | ☒ Uso de E.P.I. | |
| ☒ Higiene Postural | ☐ Remitir a EPS | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Generales

Tipo Limitación: ninguna

Observación: SEGUIR LAS INDICACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO IMPARTIDAS POR LA EMPRESA, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS RICA EN PROTEINAS Y VEGETALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, PRACTICAR LA HIGIENE Y EL LAVADO DE MANOS DURANTE LA LABOR, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN, PRACTICAR EL AUTOCUIDADO.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL.

Profesional Ocupacional: JULIETH ALEXANDRA RODELO MOLINA
Registro M.D: 53077792
Licencia S.O: 708011062014

Firma del Paciente: MARIA VICTORIA HERRERA PEÑALOZA
Identificacion: CC. - 51801224

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com



SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL
Código Prestador: 110010849901
No. Identificación: 830072208-4
Dirección: CARRERA 11 # 66 53 PISO 4
Teléfono: 7653378-3045395508
Email: gerenciasiso@outlook.es



Fecha de Impresión: 2024/07/13 10:18:11
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente			
Identificación:	CC - 51801224	Nro Historia:	20230127010155
Paciente:	HERRERA PEÑALOZA MARIA VICTORIA	Nro Ingreso:	20240713020117
Fecha Nac:	1964/09/12	Fecha Atención:	2024-07-13 08:52:22.000
Dirección:	CARRERA 23 N 68 32	Tipo Evaluación:	Ingreso
Edad:	59 años	Enfasis:	Sistema Osteomuscular
Sexo:	Femenino		
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	INSTRUCTOR		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
QUÍMICA SANGUÍNEA			
GLUCOSA EN SUERO	76	MG/DL	65 - 110

SANDRA YURLEY RANGEL PASTO
Cédula: 27634086
Registro Médico: 54821
Bacteriologo (a)

Fecha de ingreso: 13 de Julio de 2024

Nombres Y Apellidos: **MARIA VICTORIA HERRERA PEÑALOZA** Identificación: 51801224

Edad: 59 Años

Género: Femenino

Empresa: Particular

Cargo: Instructor

CERTIFICADO VISUAL

Con el presente comunicado certifico que **MARIA VICTORIA HERRERA PEÑALOZA** identificada con CC: 51801224, se ha presentado a examen optométrico completo, cuyo diagnóstico es:

OD	MIOPIA, PRESBICIA	REQUIERE CORRECCION	SI	X
OI	MIOPIA, PRESBICIA		NO	

En la condición anterior reporta una agudeza visual de:

OD	V.L	20/100 Snellen	V.P	20/25
OI	V.L	20/100 Snellen	V.P	20/25

IDX Miopia y Presbicia corregido condicion ocular-visual favorable para su cargo, que la habilita para realizar sus actividades sin ningún impedimento.

RECOMENDACIONES

Continuar con uso de corrección óptica y control por optometría anual en EPS.



FELIZ ALBERTO SUAREZ
Licencia S.O: 79649266

