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	**Diciembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**23709-055310**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SERGIO ANDRES GALVIS MOLANO	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	79.949.974	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sagalvis@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	042891973
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:	8457735/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**183625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población de trabajadores de la economía popular, aportando al fortalecimiento de la economía popular en concordancia con

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2025**	**Al**	**19/12/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.913.024
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 9.812.290
Valor Bruto Pago:			**$ 2.913.024,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.913.024	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	**$ 2.913.024**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.874.724**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9495567580**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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%	$ 9.835.302	$ 625.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.488.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.874.724,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.507.224,00	
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	24.220,00	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	**$2.888.804,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, alin
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas de
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil

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

SERGIO ANDRES GALVIS MOLANO
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 Miguel Angel Ruiz
Fecha: 2025.12.15 11:27:28 -05'00'

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79949974		GALVIS MOLANO SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 173A # 63-34 BR VILLA DEL PRADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6697979	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	95567580	9495567580	I	2025/12/17	2025/12/01	BANCO AV VILLAS	0	$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0
1	CC	79949974 GALVIS SERGIO	230301	30	$1,840,000	$294,400	EPS005	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$9,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79949974		GALVIS MOLANO SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 173A # 63-34 BR VILLA DEL PRADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6697979	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	95567580	9495567580	I	2025/12/17	2025/12/01	BANCO AV VILLAS	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$534,100**	**$0**	**$0**	**$534,100**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79949974		GALVIS MOLANO SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 173A # 63-34 BR VILLA DEL PRADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6697979	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000002320	9496241918	I	2026/01/20	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	79949974 GALVIS SERGIO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79949974		GALVIS MOLANO SERGIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 173A # 63-34 BR VILLA DEL PRADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6697979	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000002320	9496241918	I	2026/01/20	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$0**	**$0**	**$413,300**

Outlook

Pago exitoso - Aportes en Línea

Desde informativos_aportesenlinea@email-aportesenlinea.com <informativos_aportesenlinea@email-aportesenlinea.com>
Fecha Lun 1/12/2025 9:03 AM
Para sergio_galvis@outlook.com <sergio_galvis@outlook.com>

1 archivo adjunto (401 KB)
21757729163900176605281593 6.pdf;

Apreciado Cliente,

Reciba un cordial saludo,

Gracias por realizar su pago a través de Aportes en Línea. En el archivo adjunto encontrará los detalles del pago de su planilla.

Para abrir el archivo PDF, por favor utilice como clave los dígitos del número de identificación del Aportante. En caso que éste corresponda a un Nit, ingréselo sin dígito de verificación.

Cordialmente,

Aportes en Línea
La forma más fácil, rápida y confiable de liquidar y pagar Pila, Cesantías y Pensiones Voluntarias.

Este correo es de tipo informativo y por lo tanto, le pedimos no responda a este mensaje.

Outlook

Pago exitoso - Aportes en Línea

Desde informativos_aportesenlinea@email-aportesenlinea.com <informativos_aportesenlinea@email-aportesenlinea.com>
Fecha Mié 10/12/2025 3:24 PM
Para sergio_galvis@outlook.com <sergio_galvis@outlook.com>

1 archivo adjunto (400 KB)
21835330563900977043828451 7.pdf;

Apreciado Cliente,

Reciba un cordial saludo,

Gracias por realizar su pago a través de Aportes en Línea. En el archivo adjunto encontrará los detalles del pago de su planilla.

Para abrir el archivo PDF, por favor utilice como clave los dígitos del número de identificación del Aportante. En caso que éste corresponda a un Nit, ingréselo sin dígito de verificación.

Cordialmente,

Aportes en Línea
La forma más fácil, rápida y confiable de liquidar y pagar Pila, Cesantías y Pensiones Voluntarias.

Este correo es de tipo informativo y por lo tanto, le pedimos no responda a este mensaje.

MEDYSCOL

25355-SWVER-

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 79949974	3/10/2025

Masculino, Separado, Postgrado, Temp: 36,3°C, IMC: 27,16, hora: 8:43:15 a. m., Vacuna COVID:

NOMBRE	SERGIO ANDRES GALVIS MOLANO				
EMPRESA	PARTICULAR			NIT	0
CARGO	DOCENTE			ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	46 años	CIUDAD	BOGOTA



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR presenta patologías menores que no afectan su desempeño laboral y no generan incapacidad. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS

■ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS:	
☐ Audiometría	■ Glicemia	☐ Triglicéridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina		
☐ Psicosensométricas	☐ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
■ Prueba psico.	■ Optometría	☐ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex		

RECOMENDACIONES GENERALES

■ Dieta balanceada:	☐ Pausas activas	■ Hábitos saludables	☐ Usar corrección visual
■ Fortalecimiento muscular	☐ Higiene postural	☐ Uso elementos de protección	■ Actividad física regular

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . CONTINUAR CONTROL MEDICO POR ALTERACION METABOLICA CRONICA, CUIDADOS DE LA VOZ. USO DE GAFAS PERMANENTES. Opt: PACIENTE CON DEFECTO REFRACTIVO ADECUADAMENTE CORREGIDO, CONTINUAR CON AYUDA VSUAL, HACER PAUSAS ACTIVAS VISUALES, MANTENER UNA DISTANCIA DE LECTURA ENTRE 35 Y 40 CM, CONTROL EN UN AÑO. Aud: . RIESGO BIOLÓGICO Paciente manifiesta no presentar signos o síntomas presuntivos para C O V I D - 1 9 . C o n t i n u a r c o n p r o t o c o l o s d e B i o s e g u r i d a d .

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- ☐ VISUAL
- ☐ AUDITIVO
- ☐ RESPIRATORIO
- ■ NUTRICION
- ☐ OSTEOMUSCULAR
- ☐ CARDIOVASCULAR
- ☐ PSICOSOCIAL

GALVIS, SERGIO ANDRES

CC 79949974

Wed Aug 28 07:16:02 2024

Cesar Alirio Diaz Bojaca

Licencia SST: 9977/2019

Reg. médico: 79479515

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(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 MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de e x p r e s a r m i c o n s e n t i m i e n t o .