

<div><div>SENA</div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>						FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)							Código Regional 911710										
						REGIONAL META								Fecha Elaboración Febrero de 2026									
						CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META								Versión ENERO - 1,26									
						Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								ID de Proceso 67126-415806									
DATOS DEL CONTRATISTA																							
Nombres y apellidos:						CLAUDIA YULIETH CAMPOS DELGADO									Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL						
Cédula de Ciudadanía						46.677.595									Tipo de cuenta:		AHORROS						
Correo electrónico:						ccampos@sena.edu.co									Número de Cuenta:		24106071588						
IP/N° 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 2025		SI						
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?															NO								
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600															NO								
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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:			9143717/2026			Nº Compromiso SIIF			16026			Número de pagos durante la vigencia del contrato				8							
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)						INSTRUCTOR: PRESTAR SERV PERSONAL TEMPORPARA EJERCER ROLINSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL DE ACUERDO CON LOS DISEÑOS CURRICULARES QUE EJECUTE EL CAM EN 2026, PROGRAMAS TITULADA,VIRTUAL, FIC, CAMPESENA, FULLPOPULAR ESPECIALIDAD REQUERIDAY/O SU PERFIL																	
DATOS PERIODO DEL PAGO																							
Del			01/02/2026			Al			28/02/2026			Saldo Anterior del Contrato:				\$ 43.950.712							
Número de pago			1			Valor Total del Contrato:				\$ 43.950.712													
Valor Bruto Pago:			\$ 5.493.839,00			Nuevo Saldo del Contrato:				\$ 38.456.873													
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO																							
Ingresos por honorarios						\$ 5.493.839						Ninguno				0,00%							
Ingresos por comisiones						\$ 0						Retencion en la Fuente del Periodo				\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO						\$ 5.493.839						TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO				\$ 0							
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE						\$ 3.633.439										\$ 0							
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR																							
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS						Febrero			Enero			Base retención en la fuente a titulo de RENTA				3.633.439,00		TARIFA					
Ingreso Base de Cotización - IBC						-----			afiliacion			Base retención en la fuente a titulo de ICA				5.493.839,00							
Aporte obligatorio a seguridad social salud						\$ 2.197.536			\$ 0			Valor base IVA				0,00							
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión						\$ 274.700			\$ 0			IVA (Si es RESPONSABLE)				0,00		19%					
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional						\$ 351.700			\$ 0			Menos Retención en la Fuente				0,00		0,00%					
ARL II						\$ -			\$ 0			Menos Retencion IVA				0,00		15%					
						\$ 23.000			\$ 0			Reteica - 8299 - VILLAVICENCIO				32.963,00		0,600%					
						\$										-		0,00		0%			
						\$										-		0,00		0%			
						\$										-		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						\$ 837.984			\$ -							Otras Retenciones				0,00		0,000%	
Renta Exenta 25%						\$27.583.640			\$ 1.211.000											0,00			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.						\$ 0																	
Retención en la Fuente Contingente						\$										Descuentos de embargo (Si tiene)				0,00			
																VALOR A PAGAR				\$5.460.876,00			
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE																							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO																							
Participar a las reuniones convocadas en febrero por el supervisor del contrato y coordinador de programas especiales recibir inducción por parte del personal de SST.																							
Se organizo la planeación de los cursos en temas empresariales junto a la seleccion de los diseños curriculares verificación de solicitudes y convocarlos a formacion																							
Atender proceso de inscripcion, registro y matriculas para darles formacion																							
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																							
											CLAUDIA YULIETH CAMPOS DELGADO EL CONTRATISTA												
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO																							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:											Autorizo el presente pago. El Supervisor,												
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.											ALVARO IOVANNI CATACOLI VALENCIA 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 HECTOR EDUARDO RUIZ MON																							

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
014CC4667759503022026212200004	2026-02-03	Contributivo	Cotizante	2026-02-03

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia				
Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	46677595	Claudia Yulieth Campos Delgado	1975-09-20	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia								
Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Meta	Villavicencio		Urbana - Cabecera municipal	CL 7B 39 -32 MNZ 52 CAS 26	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Positivo (+)

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2026-02-03					
Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
CC	46677595	CLAUDIA CAMPOS	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	1750905	Relación laboral confirmada
ARL					
No aplica					

Datos de Afiliación	
EPS	IPS
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S - EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION	CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.S



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	46677595
NOMBRES	CLAUDIA YULIETH
APELLIDOS	CAMPOS DELGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/11/2026 15:38:44	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

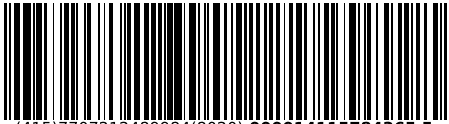
establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141157843655			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115784365 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
4 6 6 7 7 5 9 5		3		Impuestos y Aduanas de Villavicencio		2 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		4 6 6 7 7 5 9 5			
Lugar de expedición 28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio		31. Otros nombres	
COLOMBIA 1 6 9		Boyacá 1 5		Chiquinquirá 1 7 6		YULIETH	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
CAMPOS		DELGADO		CLAUDIA		YULIETH	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Meta 5 0		Villavicencio 0 0 1			
41. Dirección principal							
CL 7 B 39 32 BRR LA ESPERANZA							
42. Correo electrónico claudiaycamposdelgado@gmail.com							
43. Código postal 5 0 0 0 1		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2			
3 2 2 8 5 2 8 4 6 4							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
8 5 2 3 2 0 1 0 0 3 1 0							
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre CAMPOS DELGADO CLAUDIA YULIETH			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA YULIETH CAMPOS DELGADO identificado con CC. 46677595 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/01	Fecha inicio contrato	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/09/30
Riesgo	2	Código actividad económica	2015001 - EXPLOTACION MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA), INCLUYE LA EXPLOTACION MIXTA DE CULTIVOS Y ANIMALES SIN
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC11022026C46677595C8332602**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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





El líder del subprograma de medicina preventiva y del trabajo del SENA regional Meta certifica que el(la) contratista identificado(a) con CC.46677595, cuenta con los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, conforme a lo dispuesto en la circular 3-2026-000011 de la entidad para la vigencia 2026.



Dr. Fernando Mancera Garcia
Medico Esp. Salud Ocupacional
RM. 968171 Lic. 0592 SSN

FERNANDO IVAN MANCERA GARCIA
Medico Ocupacional – Contratista
SENA Regional Meta

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA YULIETH CAMPOS DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.677.595**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.