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	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**53661-803712**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELIANA PAOLA RINCON	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	1.015.404.125	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pselianarincon@gmail.com	**Número de Cuenta:**	073962560
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:	7432023/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**20325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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:**	$ 35.722.869
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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**34563932**
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%	$ 29.505.907	$ 0	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.814.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	0,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	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	**$306.634,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se imparte formación de acuerdo a programación asignada por Coordinación académica

Se asigna actividades de acuerdo a RAP de aprendizaje.

En cada formación se realiza llamado de asistencia.

Asignación de estrategias pedagógicas de acuerdo a RAP

Retroalimentación de actividades propuesta en formación

Evaluación con base a los temas impartidos en formación.

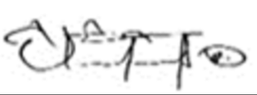
Revisión de entregable de los y las aprendices.

Se realiza socialización de resultados de aprendizaje

Se da cumplimiento a tratamiento de datos.

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



ELIANA PAOLA RINCON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

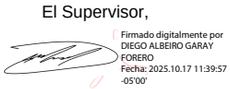
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,

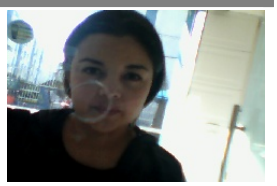


DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1015404125-78750

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	4/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ELIANA PAOLA RINCON	**Identificación:**	1015404125
Género	FEMENINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3172856531
Fecha Nacimiento:	16/01/1988	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CALLE 73 N 55 -04	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR-		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EXAMEN NORMAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	SIN RIESGO CARDIOVASCULAR
PRUEBA PSICOLOGIA 16 PF -5	No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS OBLIGATORIAS CADA 4 HORAS ENFASIS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y COLUMNA ESTIRAMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL, USO EPPS PARA SU LABOR, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, PAUSAS VISUALES, USO DE CORRECCION OPTICA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

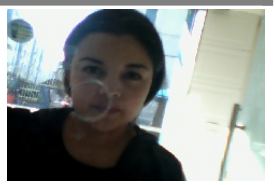
NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 78750

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 4/02/2023 BOGOTA D.C
Paciente: ELIANA PAOLA RINCON
Género FEMENINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 16/01/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 73 N 55 -04
Empresa PARTICULAR-

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1015404125
Teléfono **Móvil:** 3172856531
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Escolaridad: UNIVERSITARIO

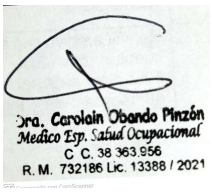
EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-04 08:34:33.9390	89 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-04 08:34:44.4880			REALIZADO
HEMATOCRITO	46 %		
HEMOGLOBINA	15 Gr%		
LEUCOCITOS	6200 /mm		
V.S.G.	8 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	61 %		
LINFOCITOS	35 %		
EOSINOFILOS	2 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	2 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	311.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-04 08:34:37.6790	RAZON COLESTEROL/HDL:		REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	89 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	58 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	50 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	83 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	

JHEISON JAVIER OSORIO LEAL -
Profesional

ELIANA PAOLA RINCON 1015404125
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE



CAROLAIN CRISTINA OBANDO PINZÓN

13388/21 732186

Médico Especialista en Salud Laboral

ELIANA PAOLA RINCON 1015404125

Firma y cédula del Paciente

CONCEPTO PSICOTECNICO DE PERSONALDIAD 16PF-5

FECHA: 4 de febrero de 2023.

IDENTIFICACION DEL EVALUADO.

NOMBRE: ELIANA PAOLA RINCON

CC. 1.015.404.525

ANALISIS DE LA INFORMACION Y OBSERVACIONES.

EVALUACION FACTORES DE PERSONALIDAD 16-PF.

En la evaluación de personalidad se identifica que en su área intelectual posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento simple y poco elaborado, puede seguir instrucciones simples y literales, algo sobria y taciturna, en su área emocional presenta leve tendencias de neuroticismo, en general son manejables, no presenta tendencias de aislamiento afectivo, en su área social tiene algunos rasgos de líder, es introvertida, en su área de normas y valores tiende a ser recta, algo moralista un poco persistente y juiciosa.

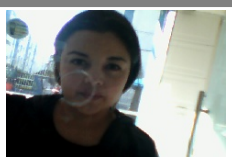
CONCEPTO: **No se encuentran rasgos que llamen la atención o que puedan generar dificultades para el cargo, sin observaciones adicionales.**

Atentamente;

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicólogo Esp. Seguridad y salud En el trabajo
Licencia No.16341 de 18/02/2022

CARLOS ANDRES ALARCON CELIS
PSICOLOGO ESP. MGSALUD

EXAMEN OPTOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	4/02/2023 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ELIANA PAOLA RINCON		**Identificación:**	1015404125	
Género	FEMENINO	**Edad:** 35	**Teléfono**		**Móvil:** 3172856531
Fecha Nacimiento:	16/01/1988		**Cargo:**	INSTRUCTOR	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud	
Dirección	CALLE 73 N 55 -04		**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO	
Empresa	PARTICULAR-				

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0

Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**

Accidentes oculares: NO REFIERE

Antecedentes Personales: ASTIGMATISMO, MIOPIA

Sintomatología : NO REFIERE

Cirugía ocular : N

Usa Corrección S NA

LCB **¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** S

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
Lensometría	**Izquierdo : NA**		**Derecho : NA**	**ADD : NA**

Examen Externo: NA

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: NA

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: -
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.

Diagnóstico: ASTIGMATISMO MIOPICO CORREGIDO CON LENTES DE CONTACTO

Concepto:

Formula Final: OD: OI:

ADD :

Distancia Pupilar :

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N

Remitido: -

ANDREA QUINTERO PERILLA 2947

Profesional

ELIANA PAOLA RINCON 1015404125

Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ELIANA PAOLA RINCON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1015404125
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	contrato
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-07
FECHA DE PAGO:	2025-10-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34563932
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34563932
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 250.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 320.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.500	$ 10.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 580.500	$ 580.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/11/2025