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	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**55401-610567**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ORTIZ LOPEZ ALICIA MARCELA	**Banco a consignar:**	ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.335.594	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	marcelaortizlopez@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	5113334
IP/Nº 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 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:	905917/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**46926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación, ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 47.374.970
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.637.473

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 0
		$	
		$	
		$	
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	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	40.547,00	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	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistí a proceso de inducción al cargo como Instructora
Inducción de los diferentes programas ofrecidos a las instituciones para los posibles aprendices
Conocí el portafolio del aprendiz, en sus diferentes etapas y el seguimiento que se debe realizar al trabajo del aprendiz
Inicio con el trabajo a realizar con el reglamento el aprendiz y las etapas de la formación.
Conozco de las diferentes Actas requeridas como documento necesario para soportar las actividades realizadas en las instituciones
Realizamos trabajo en equipos para la elaboración y mejora de guías de los diferentes programas.
Realicé visita de reconocimiento de ambientes a la institución IED Manuel Zapata Olivella de la localidad de kennedy.

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

ORTIZ LOPEZ ALICIA MARCELA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.02.21 08:27:56 -05'00'

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALICIA MARCELA ORTIZ LOPEZ identificado(a) con CC 52335594 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/05/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 27 días del mes enero del 2026 .

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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALICIA MARCELA ORTIZ LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52335594,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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 **ALICIA MARCELA ORTIZ LÓPEZ**, identificado con **CC** No. **52335594**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2026 **Fecha fin de Contrato:** 17/12/2026 **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 prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 02 días del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
JAGC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141232308619

(415)7707212489984(8020) 000014123230861 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 3 5 5 9 4	0	Impuestos de Bogotá 3 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	5 2 3 3 5 5 9 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTIZ	LOPEZ	ALICIA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal
CL 20 14 B 02

42. Correo electrónico marcelaortizlopez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 4 5 4 1 7 0	3 1 2 5 3 9 3 9 2 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 1 0	1 9 9 9 1 2 0 4	8 5 4 1	2 0 2 0 0 1 0 7	8 5 4 2	8 5 6 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ LOPEZ ALICIA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-01-2026 12:10:51PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALICIA MARCELA ORTIZ LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52335594 realizó el día 17/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ALICIA MARCELA ORTIZ LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52335594 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ALICIA MARCELA ORTIZ LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52335594 el día 17/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Bienestar & Salud Laboral

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D.C.
www.bsl.com.co

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Código de Seguridad: c14b7231-ec4b-4c91-844e-ff45d42b926f

Tipo Examen: Ingreso

VERIFICA VALIDEZ DEL CERTIFICADO

DATOS PERSONALES



Fecha de Atención	27 de enero de 2026	**Ciudad**	Bogotá	**Vigencia**	3 años
IPS/SEDE	Sede norte DHSS0244914				
Nombres y apellidos	Alicia Marcela OrtíZ LóPez				
Documento identidad	52335594	**Empresa o entidad**	PARTICULAR	**Cargo**	Instructor
Género	FEMENINO	**Edad**	49	**Fecha nacimiento**	11/09/1976
Estado civil	Soltero	**Hijos**	2	**Profesión u Oficio**	Administradora de empresas
Email	marcelaortizlopez@hotmail.com				
Teléfono	3104454170				
Tipo de examen	Ingreso	**EPS**	Famisanar	**ARL**	Positiva
Pensiones	Colpensiones	**Nivel Educativo**	Postgrado		

** De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
27 de enero de 2026

VISIOMETRÍA
27 de enero de 2026

PERFIL PSICOLÓGICO ADC
27 de enero de 2026

AUDIOMETRÍA
27 de enero de 2026

CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Alicia Marcela OrtíZ LóPez con documento de identificación No 52335594 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO para desempeñar la ocupación del cargo descrito

RESULTADOS GENERALES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

VISIOMETRÍA

Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos Campo visual: Normal en ambos ojos Visión de colores: Normal Fondo de ojo: Normal.

PERFIL PSICOLÓGICO ADC

Perfil Psicológico ADC: Nivel de estrés percibido: Muestra un nivel de estrés bajo en su vida cotidiana, con preocupaciones manejables y una actitud tranquila frente a las demandas laborales. Capacidad de adaptación: Destaca una excepcional capacidad de adaptación a diferentes entornos y escenarios laborales, evidenciando flexibilidad y disposición para aprender ante nuevos desafíos. Resiliencia emocional: Exhibe una resiliencia emocional notable, enfrentando las dificultades con calma y manteniendo una perspectiva optimista incluso en momentos de presión. Habilidades de afrontamiento: Se identifican habilidades de afrontamiento efectivas, como la búsqueda de soluciones creativas y la gestión proactiva de situaciones conflictivas, lo que sugiere una capacidad para resolver problemas de manera constructiva. Relaciones interpersonales: Demuestra habilidades interpersonales excepcionales, estableciendo relaciones sólidas y colaborativas con colegas y superiores, lo que favorece un ambiente laboral armonioso y productivo. Autoeficacia y autoestima: Se evidencia una autoeficacia alta y una autoestima saludable, reflejando confianza en las propias habilidades y una valoración positiva de sí mismo, aspectos que contribuyen a un desempeño laboral sólido y satisfactorio.

AUDIOMETRÍA

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.

RECOMENDACIONES MÉDICAS ADICIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES:
1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

FIRMAS

FIRMA MÉDICO	FIRMA PACIENTE ATENDIDO
	
JUAN JOSE REATIGA C.C.: 7.472.676 - REGISTRO MEDICO NO 14791 LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460 6 DE JULIO DE 2020	**Alicia Marcela OrtíZ LóPez** 52335594

RESULTADOS DE VISIOMETRÍA

Resultados Numéricos

```
Snellen: 6/6 (100%)
Landolt: 8/8 (100%)
Ishihara: 6/6 (100%)
```

Evaluación General

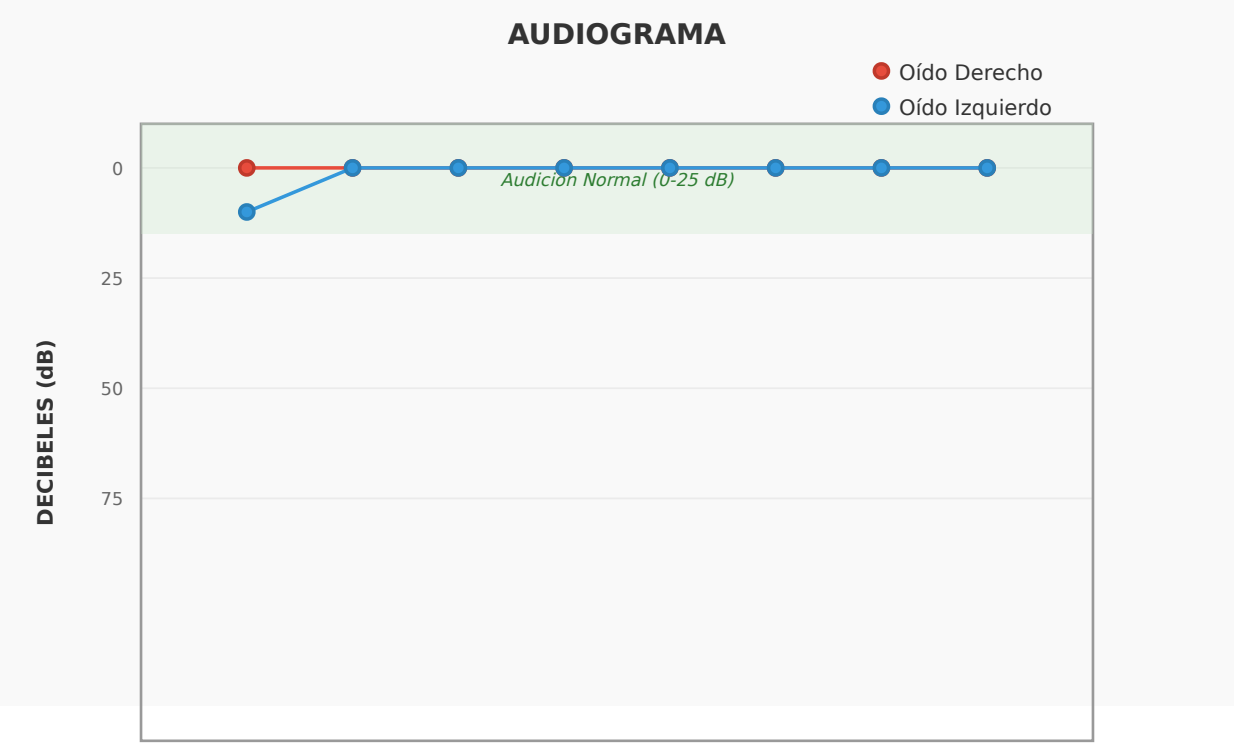
Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos
Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos
Campo visual: Normal en ambos ojos
Visión de colores: Normal
Fondo de ojo: Normal.



Dr. Miguel Garzón Rincón
C.C.: 79.569.881 - Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017

Fecha: 27 de enero de 2026

RESULTADOS DE AUDIOMETRÍA



Diagnóstico

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.