



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	25
Código Centro	951310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	11751-583567

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.070.014.424	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	carolina7lovera@hotmail.com	Número de Cuenta:	33577012062
IP/Nº 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:	9212885/2026	Nº Compromiso SIIF	32326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.477.068
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.739.571

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9501456456	Base retención en la fuente a título de ICA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 31.031.595	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.033.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SE IMPARTIÓ FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS SIGUIENTES FICHAS:

- 3135335 - COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS -INPEC
- 3136166 - COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS -INPEC
- 3465950 - ANIMACIÓN DIGITAL

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

**ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA
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,

**LEONARDO LUCHINI MORERA
INSTRUCTOR G08**

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
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070014424		LOVERA FIGUEROA ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 9b 18a 63 vereda chintame	CAJICA-CUNDINAMARCA	3232830248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	260552748	9501456456	I	2026/05/08	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	\$559,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$19,800		\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$19,800		\$0	\$0			
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$19,800		\$0	\$0			
1	CC 1070014424	LOVERA ANGIE	230301	30	\$1,894,999	\$303,200	EPS037	30	\$1,894,999	\$236,900	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,894,999	\$19,800	0	\$0	\$0			
Total Afiliados(1)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,999	\$19,800		\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070014424		LOVERA FIGUEROA ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 9b 18a 63 vereda chintame	CAJICA-CUNDINAMARCA	3232830248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-04	2026-04	260552748	9501456456	I	2026/05/08	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	\$559,900	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,800	\$0	\$0	\$19,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,800	\$0	\$0	\$19,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$559,900	\$0	\$0	\$559,900	



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
900817407-6

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 31/10/2024 CAJICA
Paciente: ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA
Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1070014424
Género: FEMENINO **Edad:** 30
Teléfono: **Móvil:** 3232830248
Fecha Nacimiento: 07/07/1994
Cargo: CONTRATISTA
Estado Civil: SOLTERO(A)
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección: CHUNTAME
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa: PARTICULARES -

Informe de Laboratorio: 47208

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
<u>GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA</u>	82mg/dl	60 - 100 mg/dL METODO: GLUCOSA OXIDASA-PEROXIDASA	NORMAL
<u>PERFIL LIPIDICO</u>			NORMAL
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	100 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	170 mg/dl	hasta 200 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	95 mg/dl	Hasta 150 mg/dl	



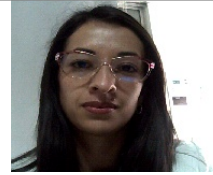
Erika Echavarría García
Erika María Echavarría García
 Bacterióloga y Laboratorio Clínico
 CC. 43.182.100

Angie

Profesional
 ERIKA MARIA ECHAVARRIA GARCIA

Firma y cédula del Paciente
 ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA
 1070014424

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS

NIT: 900817407-6
LSO 25-3248 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1070014424-47208

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	31 oct. 2024 - CAJICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA	Identificación:	1070014424
Género:	FEMENINO Edad: 30	Teléfono:	Móvil: 3232830248
Fecha Nacimiento:	07/07/1994	Cargo:	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CHUNTAME	ARL:	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULARES -	Peso: 51 Talla: 158 IMC: 20.43	AREA: ADMINISTRATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOLOGÍA TSA	NORMAL	NORMAL
VISIOMETRIA		CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON FORMULA CORRECTIVA, CUIDADO VISUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR
GLICEMIA-GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		NORMAL
PERFIL LIPIDICO		NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION LEJANA.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

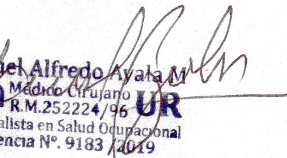
Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo 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. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'


Manuel Alfredo Ayala M.
Médico Cirujano
R.M. 252224/96 UR
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia N°. 9183/4019

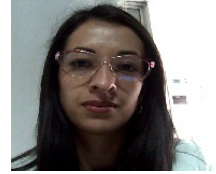




Médico Especialista en Salud Laboral
MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
10510/09 252224

Firma y cédula del Paciente
ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA
1070014424

CERTIFICADO DE VISIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	31/10/2024 CAJICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA	Identificación:	1070014424
Género:	FEMENINO Edad: 30	Teléfono:	Móvil: 3232830248
Fecha Nacimiento:	07/07/1994	Cargo:	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CHUNTAME	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Empresa:	PARTICULARES -		

EVALUACIÓN

Recomendaciones CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON FORMULA CORRECTIVA, CUIDADO VISUAL.

Impresión Diagnóstica ASTIGMATISMO,

Remisiones -


Manuel Alfredo Ayala M
Médico Cirujano
R.M. 252224/96
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia N° 9183 / 2019



MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ 252224

ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA 1070014424

Profesional

Firma y cédula del Paciente

EXAMÉN PSICOLÓGICO

<p>Elaborado por: Maria de los ángeles Guerrero Ochoa Psicóloga Tarjeta profesional de Psicología 230775</p>	<p>Empresa: Medicina Laboral & Salud Empresarial SAS. Fecha Elaboración Informe: 31 de octubre de 2024</p>
PARTICULAR	
<p>Nombre trabajador: Angy Carolina Lovera Figueroa</p>	<p>Edad: 30</p>
<p>Estado Civil: Soltero</p>	<p>Documento de identidad: cedula Numero: 1070014424_ANGIE CAROLINA LOVERA FIGUEROA</p>
<p>Nivel educativo: Universitario</p>	<p>Cargo: contratista</p>
<p>Pruebas Utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista semiestructurada 2. . Test psicométrico. 	
<p>Resultados entrevista semi estructurada:</p> <p>Resultados entrevista semi- estructurada: En el momento de la evaluación el paciente se evidencia con orientación alopsíquica y auto psíquica es decir orientado en tiempo y espacio. La paciente se le facilita la comunicación la cual se puede observar por medio de la confianza y conversación con normalidad, se considera calmada, tranquila sincera con deseos de tener amigas compañeras. Menciona mantener buenas relaciones personales que involucran mantener la comunicación, reporta no presentar conflictos en sus relaciones interpersonales.</p>	
<p>Resultados Cuestionario de Personalidad . Test psicométrico.</p> <p>Resultados de Test psicométrico para trabajo a nivel de personalidad posiblemente demuestra madurez, responsabilidad, serenidad, creatividad y conocimientos acerca de la carrera obtenida y experiencia en antiguos trabajos realizados.</p>	
<p>Conclusión y Recomendaciones:</p> <p>Teniendo en cuenta los resultados, realizados en las pruebas aplicadas la candidata se encuentra apta para el cargo, debe realizar pausas activas durante sus horarios de trabajo</p>	



Maria Guerrero Ochoa.

Maria de los ángeles Guerrero Ochoa

Psicóloga

Tarjeta profesional de Psicología 230775

