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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**71574-943948**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	53.063.888	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ivonandrea.quiroga@gmail.co	**Número de Cuenta:**	009300720563
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:	9046681/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**53226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

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 para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 39.479.141
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9504327727**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
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%	$ 31.031.595	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 860.000		
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

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, en
Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada para la
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes y soport
Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula, re
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras ti
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Sup
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclus

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

IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO

IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO
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,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2026.05.20 14:07:27 -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)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53063888		IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Cl. 148 #107-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162271677	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	280235662	9504327727	I	2026/05/25	2026/05/05	NEQUI	0	$423,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$7,700		$0	$0		$423,600
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$7,700		$0	$0		$423,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$7,700		$0	$0		$423,600
1	CC	53063888	QUIROGA IVONNE	X																230901	25	$1,459,088	$233,500	EPS005	25	$1,459,088	$182,400		0	$0	$0	14-23	25	$1,459,088	0.522%	$7,700	0	$0	$0	No	$423,600
Total	**Afiliados(1)**																					$1,459,088	$233,500			$1,459,088	$182,400			$0	$0			$1,459,088		$7,700		$0	$0		$423,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,500	$0	$0	$233,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$233,500	$0	$0	$233,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,700	$0	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,400	$0	$0	$182,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$182,400	$0	$0	$182,400
TOTAL				**1**	**$423,600**	**$0**	**$0**	**$423,600**

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2026-03-25

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO		
Identificación	CC	**Nro**	53063888
Fecha de Nacimiento	1984-05-09	**Edad**	41
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR
Fecha cita	2026-03-25 07:56:47	**Sede**	CALLE 72
Direccion	CRA 20C No 72a 14 Bogotá D.C. - Colombia		

GLICEMIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA	86	mg/dl	70 - 100
OBSERVACIONES			

INTEGRACION

TITULO	RESULTADO
RESULTADO	

Liz Paola Salas Santrich
Bacteriologa
Registro 45503604 Ms.

LIZ PAOLA SALAS SANTRICH
Registro 45503604
Firma y sello del Bacteriólogo UMC

IPS
TUSALUD LABORAL
S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NIT: 901446976-6
Dirreción: CR 20C No 72a 14 Bogotá D.C. - Colombia
Teléfono: 3155525033-3156459121
Web: www.tusaludlaboralipssas.com
Email: gestionad@tusaludlaboralipssas.com



Nombres y Apellidos: IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO
Identificación: CC **Número:** 53063888
Fecha de Nacimiento: 1984-05-09 **Edad:** 41
Género: F **RH:** O +
Estado civil: CASADO **Escolaridad:** POSTGRADO
Dirección: DIRECCION **Teléfono:** 3162271677
EPS: PARTICULAR **ARL:** NINGUNA
AFP: PORVENIR S.A.
Acompañante: **Tel. Acompañante:**
Empresa: PARTICULAR
Actividad Economica:
Cliente: PARTICULAR
Ciudad: BOGOTá, D.C. - BOGOTA, D.C.
Cargo: DOCENTE **Fecha de examen:** 2026-03-25 08:19:55

TIPO DE EVALUACION

TIPO DE EXAMEN: PREINGRESO	**ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

CONSULTA VALORACION SALUD OCUPACIONAL PREINGRESO : **NORMAL**	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL : **NORMAL**
GLICEMIA	

RESULTADO VALORACION MEDICA OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA EL CARGO X	

RESULTADO VALORACION MEDICA OCUPACIONAL ESPECIFICA

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES OCUPACIONALES

PAUSAS ACTIVAS X	CAMBIOS POSTURALES CADA 3 HORAS X
EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA X	ADAPTACION A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES X

OTRAS RECOMENDACIONES :
* • DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES, Y BAJA EN CARBOHIDRATOS
* • MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL
*

Consentimiento Informado del Trabajador:
Yo, IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO , con documento de identificación CC No. 53063888, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales declaro:

Que conozco y comprendo mi derecho a la intimidad consagrado en el Artículo 15º de la constitución Colombiana, la obligación ética de la reserva médica de acuerdo a la Ley 23 de 1981, mis derechos como paciente de acuerdo a la resolución 13437 de 1991 y la confidencialidad de mi historia clínica de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, el manejo de las historias clínicas ocupacionales de la Resolución 1843 de 2025 y los criterios en que se deben mantener los registros e historia clínica de la Resolución 1441 de 2013; que he sido informado plenamente de la naturaleza, propósito, objetivos, beneficios y riesgos de la atención y/o procedimientos ocupacionales en los servicios de exámenes de visiometria, examen de audiometría, examen de espirometria, examen de psicología, examen médico físico que se me podrán practicar en **TUSALUD LABORAL IPS SAS** , identificada con nit numero 901446976-6

Por las razones anteriormente expuestas, de manera libre y autónoma declaro que autorizo y otorgo consentimiento amplio y suficiente a **TUSALUD LABORAL IPS SAS** para practicar mi valoración médica ocupacional, así como la realización de pruebas complementarias, lo anterior de acuerdo con la necesidad de valoraciones médicas ocupacionales según el cargo a ostentar.

SIN FIRMA



NIT: 901446976-6
Dirreción: CR 20C No 72a 14 Bogotá D.C. - Colombia
Teléfono: 3155525033-3156459121
Web: www.tusaludlaboralipssas.com
Email: gestionad@tusaludlaboralipssas.com

JONATHAN ANDRES SUAREZ MORA
101360845
RM: LIC.25-70/25
Firma y sello del médico evaluador

IVONNE ANDREA QUIROGA TRUJILLO
Documento: 53063888
Firma del trabajador