



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	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	65540-639811

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:		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	NO
¿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:	9021262/2026	Nº Compromiso SIIF	11226
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/06/2026	Al	30/06/2026
Número de pago	5	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.685.009
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Valor Total del Contrato:	\$ 24.634.997
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 947.512

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Junio	Mayo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	37330608	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	
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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
				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%	\$ 20.687.730	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.188.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar acta retroalimentación de acuerdo a formación.
Se realiza llamado de asistencia en formación
Formación a los grupos de acuerdo a programación asignada.
Se orienta aprendices de acuerdo a inquietudes que se generan en formación.
Asistencia a reuniones convocada por Coordinación académica
Se adelanta entregables de acuerdo a orientación establecida.
Se da cumplimiento a tratamiento de datos.
Revisión de evidencias entregadas por los aprendices.
Evaluaciones de acuerdo a resultados de aprendizaje.

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	
	<b>ELIANA PAOLA RINCON EL CONTRATISTA</b>

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.	
	<b>NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO INSTRUCTOR G17</b>

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)**

RAZÓN SOCIAL :	ELIANA PAOLA RINCON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1015404125
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-05
FECHA DE PAGO:	2026-06-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37330608
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37330608
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	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 0	\$ 2.300	\$ 236.900	\$ 239.200
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 0	\$ 2.900	\$ 303.200	\$ 306.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 9.900	\$ 10.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 5.300	\$ 550.000	\$ 555.300

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/07/2026
----------------------------------	------------



**N° 379.408**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
RINCON ELIANA PAOLA				FEMENINO	37 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS	CC	1015404125
						Tipo	Número
Número de teléfono		Correo electrónico			Dirección de residencia		
3172856531		pselianarincon@gmail.com			CL 73 55 04		
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
NUEVA EPS		PROTECCION			POSITIVA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
GLICEMIA				✓	ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO		
.VISIOMETRIA.				✓	ENFASIS PSICOSOCIAL		
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE			REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES			PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL			USO ADECUADO DE EPP			REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ANEXO OSTEOMUSCULAR : EL RESULTADO ES NORMAL. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES ACTIVAS O SECUELAS DE ELLAS, DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL. NO HAY SIGNOS DE DEFORMIDAD O LIMITACIÓN FUNCIONAL, QUE PUEDAN GENERAR UN RIESGO OCUPACIONAL PROSPECTIVAMENTE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD</li> <li>• SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.</li> <li>• INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.</li> <li>• PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.</li> <li>• REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.</li> </ul>							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

**Médico**



Leidy Viviana Castañeda Borda  
C.C. 52966805 - Colombia  
L.S.O. 15371-27/12/2021  
16/03/2016

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CC: 52966805 - LEIDY VIVIANA CASTAÑEDA

R. M.: 52966805      L.S.O.: 15371-27/12/2021



**Código de Seguridad**

**D652J1P379408**

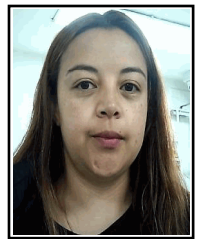
**Aspirante o Trabajador**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: RINCON ELIANA PAOLA

CC: 1015404125



### EXAMEN DE .VISIOMETRIA.

#### DATOS PERSONALES

Atención N°: 193,447

Fecha: 15/01/2026 Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) CC: 1015404125 Nombre: RINCON ELIANA PAOLA Edad: 37 AÑOS 1  
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULARES  
Eps: NUEVA EPS Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO  
Lugar del Último Examen: Motivo Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL

#### ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
CIRUGIAS OCULARES	NO
USO CORRECCION OPTICA	RX PERMANENTE LCB

#### PRUEBAS REALIZADAS

#### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/ 30	0.5	
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/30	0.5	
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/25	0.5	

#### VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: 40SEG

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

#### CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO  
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE  
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

#### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

*[Handwritten signature]*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CC: 79896705 - OSCAR LEONARDO ANGULO

R. M.: 79896705 L.S.O.:



Código de Seguridad

**Q652W3C193447**

PACIENTE

*[Handwritten signature]*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: RINCON ELIANA PAOLA

CC: 1015404125

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012

Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.



Código de Seguridad  
**Y652E33K442950**



**DATOS PERSONALES**

**Orden de Servicio N°: 442950**

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

Fecha y Hora: jueves, 15 de enero de 2026 07:51:32 a.m.

Nombres y Apellidos: RINCON ELIANA PAOLA

CC: 1015404125 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 16/01/1988 Edad: 37 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

**RESULTADOS DEL LABORATORIO**

**QUÍMICA**

**GLICEMIA**

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	84 mg/dL	65- 100 mg/dL

METODO

ESPECTROFOTOMETRIA

OBSERVACIONES

**Ana Beyba Angulo Delgadillo**  
CC: **52715445**  
Bacteriólogo(a) RP: 52715445