

 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		Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1.26	
			ID de Proceso		30207-282996	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: MARIA ALICIA AMORTEGUI ARIAS			Banco a consignar:			
Cédula de Ciudadanía 20.525.906			Tipo de cuenta:			
Correo electrónico: aamortegui@sena.edu.co			Número de Cuenta:			
IP/Nº de contacto: 3045405645			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: 9037256/2026		Nº Compromiso SIIF 48726		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
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, en modalidades virtual para formación Complementaria y/o titulada que forman parte de las				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/07/2026 Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 26.056.233		
Número de pago 6		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 21.318.736		
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		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.140.497						
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6023139855	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	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% \$37.927.505		\$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.235.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				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						
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual						
Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje						
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada						
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes						
Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula						
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan siguiendo el procedimiento institucional aplicable.						
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia						
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias						
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						
			MARIA ALICIA AMORTEGUI ARIAS EL CONTRATISTA			
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 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.						
			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)						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20525906
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MARIA ALICIA AMORTEGUI ARIAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MADRID DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	
DIRECCIÓN:	CALLE 23 N 13 04 MZ 2	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6023139855	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	6		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	463184666

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 305.400
SUBTOTAL:			1	\$ 305.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 238.600
SUBTOTAL:			1	\$ 238.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 10.100
SUBTOTAL:			1	\$ 10.100

VALOR SIN MORA:	\$ 551.500
VALOR MORA:	\$ 2.600
TOTAL PAGADO:	\$ 554.100

**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

FECHA: 09 de enero de 2026 01:46:14 PM
ENFASIS: MUSCULO-ESQUELETICO
EMPRESA: PARTICULARES MADRID - PRINCIPAL
NOMBRE: MARIA ALICIA AMORTEGUI ARIAS
C.C. 20525906 **EDAD:** 69 Años, 0 Meses y 12 Días.
E. CIVIL: Soltero **DOMINANCIA:** Diestro **EPS:** NUEVA EPS

**CONCEPTO MEDICO**

Se realizo examen medico ocupacional para desempeñar el cargo: **INSTRUCTORA**

Encontrando que el señor(a) en mención: **Si**, reúne con las condiciones Físico-fisiológicas para desempeñar el cargo, después de realizar la valoración medica laboral.

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

TIPO	NOMBRE	RESULTADO
PARACLINICO	EXAMEN PSICOMETRICO	NORMAL
LABORATORIO	GLICEMIA BASAL	NORMAL
PARACLINICO	EXAMEN VISUAL	NORMAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS: Control optometrico,Citologia cervico vaginal,Vacunación de adulto

OCUPACIONALES: Uso de E.P.P.,Inicio de actividad física,Control nutricional,Programas de prevención

RECOMENDACIONES Se informa al paciente de las siguientes recomendaciones: *Charla en estilo de vida saludable *Pausas activas *Higiene postural *Uso de gafas para correccion visual *Dieta balanceada *ejercicios diarios durante 30 minutos extra laboral
Paciente refiere entender y aceptar.

RESTRICCIONES: NO

Para la expedición del presente documento, se tuvo en cuenta la confidencialidad de la historia clínica y el manejo de esta, de acuerdo con la resolución 2346 de 11 de julio de 2007 y su modificación con la resolución 1918 de 5 junio 2009 y para la conservación de la misma de acuerdo con el Decreto 1072/2015 Artículo 2.2.4.6.13.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DECRETO 1072/2015: Autorizo al doctor(a) a realizar el examen médico y paraclínicos ocupacionales registrados en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del presente examen médico y paraclínicos. He comprendido y entendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de un examen médico y paraclínicos. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y manifiesto que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fui informado de la confidencialidad de los datos y resultados registrados en el presente examen, y que las respuestas dadas por mi son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Deicy Rocio Riaño Duarte
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA S.O.No. 25-0744 del 22/12/2020
Reg. Med. 25601-00
C.C. 52.339.770
U.M.B.- E.M.J.N.C.

FIRMA MEDICO S.O. RM Y LICENCIA

FIRMA PACIENTE



HUELLA PACIENTE