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	**18 de Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**49963-974647**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA MILENA CURIEL TETE	**Banco a consignar:**	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	39.058.335	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	curielt@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4862033689
IP/Nº de contacto:	344	**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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9691208/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**65226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6
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	**01/08/2026**	**Al**	**31/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.318.737
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 22.897.902
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.581.240

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**		$ 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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		---	**1084478037**
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%	$ 20.687.730	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 268.000		
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

1.Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos por las competencias impartidas

2.Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación

3.Control de Asistencia a la FPI

4.Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas

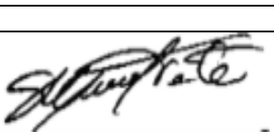
5.Se da cumplimiento a la programación de competencia

6.Control de asistencia a formación

7.Uso de medios tecnológicos propios y EPP de acuerdo con las necesidades de la formación

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



SANDRA MILENA CURIEL TETE
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

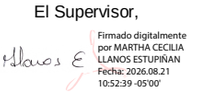
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



MARTHA CECILIA LLANOS ESTUPINAN
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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-18, 03:07:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084478037

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824316520

PAGADO 18/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA CURIEL TETE		
Documento	CC39058335	**Dirección**	CL 77B 116C 73
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3017615452
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 39058335	SANDRA MILENA CURIEL TETE	59	00								X									0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF21) CAFAM	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.400	$ 3.000	$ 546.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

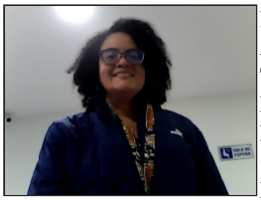
Exisalud IPS
NIT. 901.385.351-0
Servicios Integrales en Salud

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 06:24:46 a.m.
Apellido: CURIEL TETE **Nombre:** SANDRA MILENA **HC:** # 90191
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39058335 **Edad:** 45 años
Empresa: PARTICULAR **Sexo:** Femenino ♀
Emp. Usuaria: SENA **Nacim:** 15/Abr/1980
Cargo: INSTRUCTORA **Rh:** A+
Direccion: CALLE 77 B #116 C 73
Telefono: **Celular:** 3017615452 **Email:** SANDRACURIEL2012@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: BOGOTA D.C. - ENGATIVA
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Examenes Realizados

☑ Visiometría	☑ Glicemia	☑ Valoracion psicologica	☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Sve salud visual	* Hábitos de vida saludable

Medicas	Laborales
* Control eps	* Pausas activas
* Usar correccion visual	* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

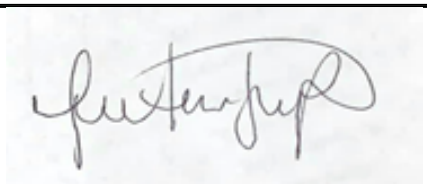
Se indica uso de corrección visual permanente
imc 23.18

Observaciones

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad
Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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 le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Sandra milena curiel tete CC 39058335

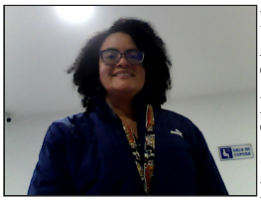
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria



Fecha: 06/Ene/2026, **Hora:** 06:24:46 a.m.
Apellido: CURIEL TETE **Nombre:** SANDRA MILENA **HC:** # 90191
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 39058335 **Edad:** 45 años
Direccion: CALLE 77 B #116 C 73 **Sexo:** Femenino ♀
Telefono: **Celular:** 3017615452 **Email:** SANDRACURIEL2012@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: BOGOTA D.C. - ENGATIVA
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No	Hipotiroidismo	No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	Si				
Miopía	Si				

Correccion	
Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	Si
Bifocales / Progresivos	Si
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/600	-2 M	20/30	1.75 M	
O.I.	20/400	-2 M	20/30	1.25 M	
A.O.	20/400	-2 M	20/25	1.25 M	

Examen Externo					
Percepcion del Color			**Convergencia**		
Percepcion Anormal	No		Lejos	No	
			Cerca	No	

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Adecuadamente Corregida	X	X		
Inadecuadamente Corregida			X	X
No Corregida				

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad		X
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica		

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

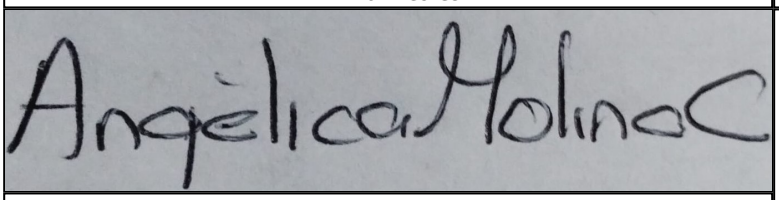
Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Paciente Visualmente Apta. Requiere Uso Permanente De Corrección óptica. Se Remite A Cita De Control Por Optometria Para Actualización De Fórmula De Gafas. Control 1 Año.

Conducta

Dx H521 Ao
H522 Ao
H524 Ao
H533 Ao
*color 9/10
Estereopsis Anormal 160 Seg Con Rx

Firma Medico		Firma Paciente
		
Angelica molina cortes Optometra sst **Lic. de S.O #:** 8174 De 15/03/2021		Sandra milena curiel tete CC 39058335

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Sandra Milena Sandra Milena Curiel Tete**	**Codigo:**	**90191**
Edad:	**45 años**	**Fecha:**	**6/01/2026**
Identificación:	**39.058.335**	**Sexo:**	**Femenino**

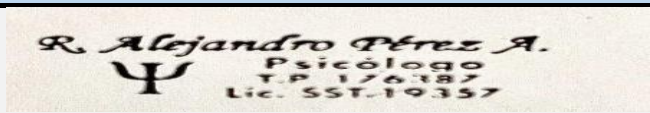
QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	81	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

FECHA DEL EXAMEN	6/01/2026 10:39
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	Sandra Milena Curiel Tete
IDENTIFICACIÓN	39058335
EDAD	45 AÑOS
EMPRESA	Particular
CARGO	Instructor SENA
SEXO:	Femenino ♀
CONCEPTO	APTO +
VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos.	
PSICÓLOGO	FIRMA
R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA	
TARJETA PROFESIONAL: 176387	
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024	