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	Agosto de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	02060-448222

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELBA PINZON LOBOGUERRERO	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	35.463.403	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	eloboguerrero@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	
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:	8999023/2026	**Nº Compromiso SIIF**	8826	**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 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:**	$ 21.318.736
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.581.239

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		-------	**1080020478**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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%	$37.927.505	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.282.000		
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 - BOGOTA	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

Planear y ejecutar la Ceremonia de Grado el 12 y 14 de agosto para 600 aprendices certificados.
Responder correos con las inquietudes de aprendices sobre la participación de la Ceremonia de Grado
Entrega del Informe de Convenios de acuerdo con las solicitudes realizadas
Apoyo en la realización y divulgación del Proyecto de Investigación "Cultura Ciudadana" en el Centro de Formación y en la Regional
Ejecución y evaluación del plan Nacional de Egresados aplicado al Centro de Gestión Administrativa
Registrar los juicios correspondientes a los Resultados de Aprendizaje evaluados en la Inducción al SENA extemporanea
Registrar la asistencia del aprendiz en práctica del Proyecto de Formación "Fortalecer los Procesos Administrativos de la Organización
Revisión de Bases de Datos en la plataforma de Sofía Plus de los egresados próximos a participar en la Ceremonia de Grado
Reportar en el Informe Mensual de Egresados, quienes fueron atendidos y presentaban alguna discapacidad o pertenecian a una etnia

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

ELBA PINZON LOBOGUERRERO
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,

Firmado digitalmente por MARTHA CECILIA LLANOS ESTUPIÑAN
Fecha: 2026.08.21 12:08:27 -05'00'

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 | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-17, 08:31:53 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080020478 **Referencia pago(PIN)** 8823937564

Periodo Cotización 202607 **Periodo Servicio** 202607

Cliente:

PAGADA 2026-07-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELBA PINZON LOBO GUERRERO				
Documento	CC 35463403	**Dirección**	CL 36 # 24 61 AP 202		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2327894		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 35463403		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PINZON LOBO GUERRERO ELBA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.920.000	25-14		16 %	$ 1.920.000	$ 307.200	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.920.000	$ 240.000	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.920.000	$ 10.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

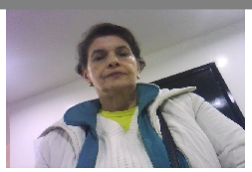
IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 307.200	$ 0	$ 0	$ 240.000	$ 10.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300

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!

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: EVALUACION MEDICA DE PRE- INGRESO

Certificado de aptitud: 35463403-298142

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR BASICO
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	06 ene. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	35463403
Paciente:	ELBA PINZON LOBOGUERRERO	**Teléfono**	**Móvil:** 3125246453
Género	FEMENINO **Edad:** 68	**EPS:**	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	27/09/1957	**ARL:**	POSITIVA
Estado Civil:		**AFP:**	COLPENSIONES
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	DOCENTE
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	elbapinzo@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

PRUEBA DE PERFIL PSICOLOGICO	FLUIDEZ VERBAL ADECUADA FACILIDAD NUMÉRICA ADECUADA RAPIDEZ DE PERCEPCIÓN ADECUADA SITUACIONES CONFLICTIVAS ADECUADAS MANEJO DE HERRAMIENTAS ADECUADAS ASOCIACIÓN LÓGICA ADECUADA ATENCIÓN VISUAL ADECUADA
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. CONTINUAR USO DE GAFAS PARA CERCA
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. CONTINUAR CONTROL DE PATOLOGIA DE BASE, ADECUADA ADHERENCIA A MANEJO FARMACOLOGICO, DEBE BAJAR DE PESO, CONTROL ANUAL. CONTINUAR USO DE GAFAS PARA CERCA
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO REFIERE ALTERACION MENTAL O RIESGO PSICOSOCIAL APARENTE

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

MÉDICINA GENERAL EPS

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Carolina Guapacha L.
Medico Esp. en Salud Ocupacional
C.C. 1.031.121.057



MEDICO ESPECIALISTA S.O.
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1031121057
1031121057 - 23316/2025

Firma y cédula del Paciente
ELBA PINZON LOBOGUERRERO
35463403

SOMEDE IPS LTDA

Nit 9001463672

Calle 41 # 21 - 29 Parkway

Bogota

Examen No.	230		
Nombre	ELBAPINZON LOBOGUERRERO	**Cargo**	Administrativo
Identificacion	35463403	**Tipo vehículo**	Motocicleta
Grupo Sanguineo y RH	O+	**Servicio**	N/A
E-mail		**Empresa**	PARTICULAR
Direccion			
Tipo Licencia	N/A		
Edad :	68 AÑOS		
Usa Lentes	Usa		



EXAMEN PSICOLOGICO

BLOQUE	ESTADO BLOQUE
Delirium, demencia, trastornos amnesicos y otros trastornos cognitivos	(9/9) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	(3/3) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Esquizofrenia y otras psicosis.	(4/4) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Trastornos del estado de animo.	(9/9) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Trastornos disociativos.	(4/4) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Tastornos del sueño.	(6/7) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Control de impulsos.	(4/4) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Trastornos de la personalidad.	(19/23) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Trastorno por deficit de atencion y comportamiento perturbador.	(6/6) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Trastornos relacionados por sustancias.	(9/9) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
Test de inteligencia y de razonamiento numerico.	(8/9) (0 pts) NO PADECE EL TRASTORNO
INDICE COEFICIENTE INTELECTUAL	NIVEL BAJO 0%

FECHA DE LA PRUEBA 2026-01-06 08:59:23.0 **NUMERO DE EXAMEN** 230

OBSERVACIONES

FIRMA USUARIO

Carlos Andrés Alarcon C.
Psicólogo Esp. Seguridad y salud En el trabajo
Licencia No 16211 de 18/02/2022

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

IZQ.	DER.

