

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		16 de Octubre de 2025			
			Versión		ENERO - 2.25			
			ID de Proceso		65520-717333			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		52.331.090		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		samado@sena.edu.co		Número de Cuenta:		13380467105		
IP/N° de contacto:		16003		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 2024		SI		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO		
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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								
N° del contrato:		8416838/2025	N° Compromiso SIIF		176925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsees y organizaciones, ejecutando acciones						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		09/10/2025	Al		31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 10.578.876
Número de pago		1	Valor Total del Contrato:		\$ 10.578.876			
Valor Bruto Pago:		\$ 3.372.975,00			Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 7.205.901
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 3.372.975		Honorarios profesionales a persona declarante de re		0,00%		
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.372.975		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.219.675						
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.219.675,00	TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	0	Base retención en la fuente a titulo de ICA		2.967.175,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA		0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%	
ARL		\$ 7.500	\$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		28.663,00	0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				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		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%		\$ 9.835.302	\$ 740.000			0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00		
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR		\$3.344.312,00		
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Desarrollar actividades acordes con lo establecido en los programas y proyectos establecidos por competencias impartidas								
Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación. Toma de Asistencia a la FPI								
Se realiza publicación de material de apoyo de acuerdo a la planeación establecida en cada una de las competencias impartidas								
Se realizan planes de trabajo y planeación de formación								
Control de asistencia a formación								
Toma de asistencia								
Uso de medios tecnológicos (PC) propio y EPP de acuerdo a las necesidades de la formación								
Participación en actividades de Diseño Curricular								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				<div>Sandra Amado</div> <div>SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA</div> <div>EL CONTRATISTA</div>				
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								
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;				Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO				
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.				Fecha: 2025.10.16 16:53:08 -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								
VIVIANA GOMEZ VARGAS								
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02								



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Sandra Viviana Amado Bonilla, identificado(a) con CC número 52331090, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52331090
NOMBRES Y APELLIDOS	Sandra Viviana Amado Bonilla
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/03/1975
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2008
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	554 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	20/01/2010
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

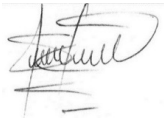
CEDULA DE CIUDADANIA 52331090 SANDRA VIVIANA AMADO
BONILLA Desde 01/09/2017 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52331090**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141102964913



(415)7707212489984(8020) 000014110296491 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 3 3 1 0 9 0

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 3 3 1 0 9 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AMADO

32. Segundo apellido

BONILLA

33. Primer nombre

SANDRA

34. Otros nombres

VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 79 A 80 63 AP 201

42. Correo electrónico

sandravivianaamado@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 0 4 0 9

45. Teléfono 2

3 2 1 2 1 6 6 8 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 4 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 1 0 9 0 3

Actividad secundaria

48. Código

8 5 4 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 1 0 9 0 3

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

3 4 3 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sandra Amado

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA**, identificado con CC No. **52331090**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	Fecha de inicio de cobertura: 09/10/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 10/09/2025 Fecha fin de Contrato: 19/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52331090 realizó el día 14/10/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52331090 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Sandra Amado

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 52331090 el día 14/10/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Certificación Bancaria

Viernes, 17 de octubre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA identificado(a) con CC 52331090, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	13380467105	2017-08-08	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

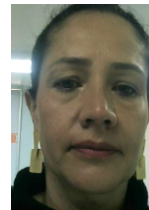
 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2023/01/27	Nro Ingreso:	2023012702013
Paciente:	SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA	CC:	52331090
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR		
Origen:	INDEPENDIENTE	Destino:	INDEPENDIENTE
Fecha Salida:	2023-01-27 15:31:52	Fecha Atención:	2023-01-27 07:18:56



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

OPTOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA V [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA, DISPERSOGRAMA] METODO AUTOMATICO VSG
PERFIL LIPIDICO COL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIG

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	INGRESO CON RECOMENDACIONES MEDICAS
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PREVENTIVAS.
ENFASIS - SISTEMA OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTAN ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, RESPIRATORIAS NI OSTEOMUSCULAR QUE INTERVENGAN EN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES

Recomendaciones Generales

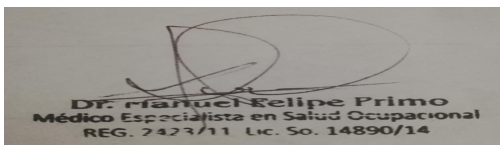
- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Medico |
| ☒ Pausas Activas | ☒ Uso de E.P.I. | |
| ☒ Higiene Postural | ☐ Remitir a EPS | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Especificas y/o Restricciones

SEGUIR LAS INDICACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO IMPARTIDAS POR LA EMPRESA, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA LA VISIÓN CERCANA , CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, PRACTICAR LA HIGIENE Y EL LAVADO DE MANOS DURANTE LA LABOR, USO DEL TAPABOCAS Y DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SEGUN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN PRACTICAR EL AUTOCUIDADO.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL.



Profesional Ocupacional: MANUEL FELIPE PRIMO NEIRA

Registro M.D: 24232011

Licencia S.O: 14890/2014

Firma del Paciente: SANDRA VIVIANA AMADO BONILLA

Identificación: CC. - 52331090