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 DISEÑO METROLOGÍA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**921610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**73208-786131**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	33.700.702	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yybello@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24111295588
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:	9045399/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES: PS DE CARÁCTER TEMPORAL EN FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y/O ÁREA TEMÁTICA EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA,MODALIDAD PRESENCIAL, PROGRAMADAS POR EL CDM PARA LA VIG 2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.006.228
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.585.821
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.268.731

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499804239**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.837
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.600
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 897.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	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

Impartir formación presencial ADSO niveles de formación titulada fichas: 3402435,3387452,3171693,3171666,3313612,3352824

Impartir inducción ficha 3411797 GUIA RAE 4

3402435:02 RECOLECTAR INFORMACIÓN DEL SOFTWARE A CONSTRUIR DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL CLIENTE.

01 DEFINIR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SOFTWARE DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL SOFTWARE

3387452,3402435:APLICAR FUNCIONALIDADES DE HERRAMIENTAS Y SERVICIOS TIC, DE ACUERDO CON MANUALES DE USO, PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS Y BUENAS PRACTICAS

3171693,3171666:DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA INTERFAZ GRÁFICA DEL SOFTWARE ADOPTANDO ESTÁNDARES

3313612,3352824: 03 DESARROLLAR PROCESOS LÓGICOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ALGORITMOS. SOLUCIONAR PROBLEMAS DE LÓGICA PROPOSIC LÓGICA PROPOSICIONAL. Participación capacitación CDM

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

Yamily Yohana Bello Villamil

YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

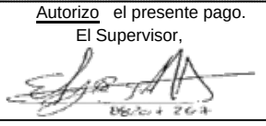
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



EDGAR AURELIO GELVES ALBARRACIN
INSTRUCTOR

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
JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

09/03/26 18:10:46 USUARIO: SIC - C.C. 33700702

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33700702		BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 82#82-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213751321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	101447742	9499804239	I	2026/03/03	2026/03/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$9,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$9,900		$0	$0
1	CC 33700702	BELLO YAMILY	25-14	30	$1,895,000	$303,200	EPS017	30	$1,895,000	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,895,000	$9,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$9,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33700702		BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 82#82-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213751321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	101447742	9499804239	I	2026/03/03	2026/03/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$550,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Yamily Bello

C.C 33.700.702

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761847914000

IPS CENTRO DE RECONOCIEMINTO DE CONDUCTORES MARIA DEL CIELO SAS

NIT: 900 794 599-0
Dirección: Carrera 9 No 7 - 60 Barrio Ricaurte
Cel: 310 212 4417
Email: ipscrcmariadelcielo@gmail.com
Chiquinquirá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 632

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	12 MES	2024 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTES	INDEPENDIENTES

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA	FEMENINO	44 AÑOS 1 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	33700702 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR(A)

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON CONDICIÓN FÍSICA O PATOLOGÍA CONTROLADA QUE NO INTERFIERE CON EL DESARROLLO DE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	OSTEOMUSCULAR Y PSICOLOGICO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	HEMOGRAMA	✓
OPTOMETRIA INGRESO	✓	ENTREVISTA Y PRUEBA PSICOLOGICA ADMINISTRATIVOS	✓
AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
MEDIDAS ANTITROMBOTICAS: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN, EJERCICIOS PREVENTIVOS	SVE VISUAL	AUMENTAR PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA (INTENSIDAD MODERADA - 150 A 300 MINUTOS/SEMANA)
USO CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE	SVE CARDIOVASCULAR	
CONTROLES OPTOMÉTRICOS PERIÓDICOS EN EPS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OPTOMETRIA: CUMPLE, CON RECOMENDACIONES
AUDIOMETRIA: CUMPLE
PSICOLOGICO ADMINISTRATIVOS: CUMPLE
PERFIL LIPIDICO: CUMPLE, HEMOGRAMA: CUMPLE

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

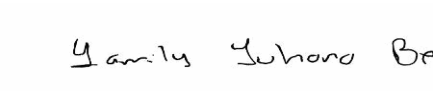
Nombre: FORERO VILLAMIL CLARA PATRICIA

R. M.: 15944/2007 **L.S.O.:** 2094/2019

Código de Seguridad

E1562K1Q632

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA

CC: 33700702

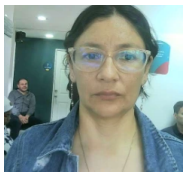
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 83-89, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464 **EMAIL:** citas.norte2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-03-05

CC: 33700702
Nombres y apellidos: YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
Fecha de nacimiento: 30/10/1980
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR
Fecha ingreso: 05/03/2024
Fecha salida: 05/03/2024



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	86.8	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angela Vanegas
Angela V. Vanegas P.
C.C. 1077942702
Bacteriologa
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO
RM: 1077942702
Firma y sello del médico

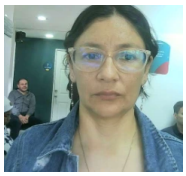
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83 | **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 83-89, Polo Club | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464 | **EMAIL:** citas.norte2@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-03-05

Nombres y apellidos: YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
Fecha de nacimiento: 30/10/1980
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 33700702
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-05 / 08:36:45
Fecha salida: 2024-03-05 / 11:17:37



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA
- PSICOMETRICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

KAREN GOMEZ BALCAZAR
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Reg.49718319 Res.20231018557

KAREN LIZETH GOMEZ BALCAZAR
RM: 49718319
Firma y sello del médico

YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
CC: 33700702
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio