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	**15 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**68402-836735**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA MERCEDES CONDE YATE	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.502.518	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mmconde@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	04525575638
IP/Nº de contacto:	0	**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**	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:	9030725/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**29926**	**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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6011278329**
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 I		$ 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%	$ 20.687.730	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.094.000		
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

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
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 derivados de
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada para la
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes
Elaborar,actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan,documentando su aplicación y evidencias,para asegurar inclusión
Registrar y documentar la información relevante de aprendices requerida para la trazabilidad del proceso, garantizando reserva
Cumplir las disposiciones de protección de datos personales aplicables, de conformidad con el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la Ley 15
Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas y servicios definidos en el contrato, aportando piezas, insumos o soportes

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 MERCEDES CONDE YATE
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,

Firmado digitalmente por SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
Fecha: 2026.04.20 15:25:34 -05'00'

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52502518
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA MERCEDES YATE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 6 A# 89-47 CASA 461	TELÉFONO:	4491017
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6011278329**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		224062215

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		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 304.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 304.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 238.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 238.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 10.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 550.000**
VALOR MORA:	**$ 2.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 552.800**

Planilla Pagada

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-11-10

Nombres y apellidos:MARIA MERCEDES CONDE YATE
Fecha de nacimiento:24/09/1978
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:52502518
Edad:47 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-11-10 / 09:13:52
Fecha salida:2025-11-10 / 10:45:59
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUA CONTROLES MEDICOS EPS
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA, DEFINIR AGUDEZA VISUAL
ACTUALIZAR FÓRMULA ÓPTICA
REQUIERE USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE

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.



LAURA CONSTANZA SANCHEZ LAVERDE
CC: 1026265443
RM: 1026265443
LIC-SST: 8348
Firma y sello del médico

MARIA MERCEDES CONDE YATE
CC: 52502518
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-11-10

Nombres y apellidos:MARIA MERCEDES CONDE YATE
Fecha de nacimiento:24/09/1978
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:52502518
Edad:47 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-11-10 / 09:13:52
Fecha salida:2025-11-10 / 10:45:59
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUA CONTROLES MEDICOS EPS
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA, DEFINIR AGUDEZA VISUAL ACTUALIZAR FÓRMULA ÓPTICA REQUIERE USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE



LAURA CONSTANZA SANCHEZ LAVERDE
CC: 1026265443
RM: 1026265443
LIC-SST: 8348
Firma y sello del médico



MARIA MERCEDES CONDE YATE
CC: 52502518
Firma del paciente

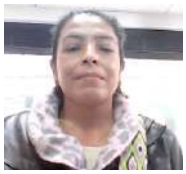
Firma responsable del SG-SST de la empresa.

VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-11-10

CC:52502518
Nombres y apellidos:MARIA MERCEDES CONDE YATE
Fecha de nacimiento:24/09/1978
Edad:47 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:2
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Fecha ingreso:10/11/2025
Fecha salida:10/11/2025
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	USUARIA DE GAFAS, ACTUALIZADAS HACE 6 AÑOS (MANDO A HACER UNAS NUEVAS Y NO SE LAS HAN DADO) EN ESTUDIO POR SINDROME DE SJOGREN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	NO REFIERE
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/30	CON CORRECCION
OJO DERECHO:	20/30	CON CORRECCION
OJO IZQUIERDO:	20/30	CON CORRECCION
ESTENOPEICO:		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SIN CORRECCION
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SIN CORRECCION
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SIN CORRECCION

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:	ORTHO
COVER TEST VP:	ORTHO
OBSERVACIÓN:	

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA
VISIÓN CROMATICA: NORMAL
ESTEREOPSIS
ESTEREOPSIS SEG: 40
CAMPIMETRIA
CAMPIMETRIA: NORMAL

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 2:	H521: MIOPÍA
DIAGNÓSTICO 5:	
DIAGNÓSTICO 3:	

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: RENOVACION Y CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:



MARIA VALENTINA FETECUA RINCON
CC: 1000240694
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico



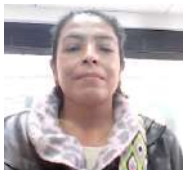
MARIA MERCEDES CONDE YATE
CC: 52502518
Firma del paciente

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-11-10

CC:52502518
Nombres y apellidos:MARIA MERCEDES CONDE YATE
Fecha de nacimiento:24/09/1978
Edad:47 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:2
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:DOCENTE
Fecha ingreso:10/11/2025
Fecha salida:10/11/2025
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

OBSERVACIONES:

DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL.

POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:



CATHERINE ALEJANDRA CHACON NOVOA
CC: 1015447948
RM: N/A
LIC-SST: 13707
Firma y sello del médico



MARIA MERCEDES CONDE YATE
CC: 52502518
Firma del paciente

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CONNECTA

DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

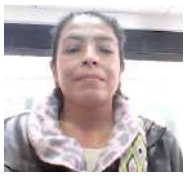
TELÉFONO: 6017424612 - 6017428691

EMAIL: citas.connecta@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-11-10

CC: 52502518
Nombres y apellidos: MARIA MERCEDES CONDE YATE
Fecha de nacimiento: 24/09/1978
Edad: 47 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono: 2

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: DOCENTE
Fecha ingreso: 10/11/2025
Fecha salida: 10/11/2025



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	83	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Dra. Tatiana Pérez Polo
BACTERIOLOGA
C.C Nº 1143357841

TATIANA IBETH PEREZ POLO
RM: N/A
Firma y sello del médico