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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**76889-747787**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO	**Banco a consignar:**	BANCO DE OCCIDENTE
Cédula de Ciudadanía	51.901.759	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	najiasu@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	535015028
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	SI
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9045352/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**28226**	**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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.268.724
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.531.227

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	**$ 2.741.437**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.741.437,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9502174668**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	0%
ARL		$ 9.900	$ 9.900	-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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		$ 532.060		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 914.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.828.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.737.497,00**	

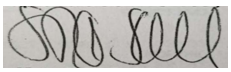
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyé el desarrollo de la formación profesional integral presencial con calidad, oportunidad y eficiencia.
Apoyé la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje de las fichas asignadas
Informe a la coordinación las novedades presentadas en relación con el registro de datos en SOFIAPLUS
Asistí a las reuniones programadas por la Subdirección y por la Coordinación Gestioné la información necesaria
para realizar el reporte mensual.
Apoyo activo en el logro de los indicadores haciendo planes de trabajo de acuerdo al programa de formación asignado
Garanticé el uso adecuado de los ambientes de formación entregándolos en buen estado.
Utilice los medios técnicos dispuesto para la formación tales como el televisor, los cables y computadores.

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



NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

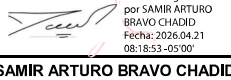
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



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)

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 51901759		SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 29 No. 12-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4614425	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	02174668	9502174668	I	2026/04/16	2026/04/06	BANCO AV VILLAS	0	$551,500

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)							$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
1	CC	51901759	SALAME NAJIA		25-14	30	$1,900,000	$304,000	EPS008	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,900,000	$10,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0

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 51901759		SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 29 No. 12-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4614425	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	02174668	9502174668	I	2026/04/16	2026/04/06	BANCO AV VILLAS	0	$551,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,000	$0	$0	$304,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$304,000	$0	$0	$304,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$237,500	$0	$0	$237,500
TOTAL				**1**	**$551,500**	**$0**	**$0**	**$551,500**

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904599 - 6013904798 **EMAIL:**citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2025-12-23

Nombres y apellidos:NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
Fecha de nacimiento:19/03/1968
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51901759
Edad:57 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-23 / 09:16:48
Fecha salida:2025-12-23 / 11:04:11
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOMETRICO
- EXAMEN OPTOMETRICO
- PERFIL LIPIDICO

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

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL / SE SUGIERE ACTUALIZAR LA CORRECCION VISUAL

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.

ricardo morales v.
Dr. RICARDO MORALES ORDOÑEZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 408 DE 2015

RICARDO MORALES ORDOÑEZ
CC: 79059704
RM: 79059704
LIC-SST: 408 DE 2015
Firma y sello del médico

Najia S.

NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
CC: 51901759
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904599 - 6013904798 **EMAIL:**citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2025-12-23

Nombres y apellidos:NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
Fecha de nacimiento:19/03/1968
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:51901759
Edad:57 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-23 / 09:16:48
Fecha salida:2025-12-23 / 11:04:11
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL / SE SUGIERE ACTUALIZAR LA CORRECCION VISUAL

Dr. RICARDO MORALES ORDOÑEZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 408 DE 2015

RICARDO MORALES ORDOÑEZ
CC: 79059704
RM: 79059704
LIC-SST: 408 DE 2015
Firma y sello del médico

NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
CC: 51901759
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.