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	**08834-086204**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.022.387.289	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yessica.bernal.20@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24090378339
IP/Nº de contacto:		**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**	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:	9000307/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**15026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

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 13/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 2.052.915,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.107.088

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.052.915	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.052.915**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.158.615**	**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		----------	**1080505949**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 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%	$13.791.820	$ 386.000	
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	1.158.615,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.553.815,00	
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	15.010,00	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	**$2.037.905,00**	

SON: DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se formulan planes de clase orientados a la aplicación efectiva de los principios establecidos en el Proyecto Educativo Institucional,
Se elaboraron y entregaron oportunamente los productos establecidos en los compromisos contractuales, tales como actas de inicio, guía
Se aplicaron evaluaciones y quices de seguimiento durante el proceso formativo, con el propósito de identificar y hacer seguimiento a
Se realiza la verificación y contraste de los listados consolidados en la plataforma SOFIA Plus con la asistencia real de los aprendic
Se realiza el llamado a lista en cada uno de los espacios de formación y, de manera complementaria, se verifican los soportes de inasi
Se realiza la verificación de la información de los aprendices y sus datos de contacto, a partir de la información suministrada, con e
Se cumple con las disposiciones de protección de datos personales aplicables, de conformidad con el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la
Se asistió a la totalidad de las reuniones y comités convocados, tanto en modalidad presencial como virtual, garantizando la participa
Se realizó el consolidado de asistencias a clases en cada uno de los espacios de formación correspondientes a las diferentes fichas. A

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

Yessica Bernal

YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.05 16:35:29 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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)

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-14, 12:58:32 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022387289
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8823989984 / 1080505949
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 543.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 218.900	$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 9.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 35.100	$ 0

SubTotales:	$ 543.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 543.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

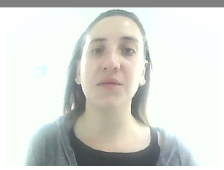
SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Certificado de aptitud: 1022387289-951808
SEDE AMÉRICAS

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES -
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	04 oct. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	1022387289
Paciente:	YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA	**Teléfono**	NA **Móvil:** 3204961532
Género	FEMENINO **Edad:** 31	**EPS:**	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	20/10/1993	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	COLPENSIONES
Escolaridad:	PROFESIONAL	**Cargo:**	DOCENTE
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	yessica.bernal.20@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

PRUEBA PSICOLÓGICA PTC PLUS	REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOLÓGICA O SEGÚN LO REQUIERA.
OPTOMETRÍA	SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA.
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL//, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA//MANTENER CUIDADOS DE LA VOZ COMO: EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, HABLAR DESPACIO Y MODULAR TONO DE VOZ, REALIZAR PAUSAS VOCALES DURANTE EL DESARROLLO DE LA JORNADA LABORAL, HIDRATACION CONSTANTE CON AGUA.// INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER CAMBIO ANORMAL EN SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL // CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA PARA LAS TAREAS QUE VA A REALIZAR EN EL ÁREA ASIGNADA// REALIZAR CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICAMENTE // PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD QUE SE REALICEN EN SU E.P.S //MANTENER ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACION EN SU LUGAR DE TRABAJO //CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA
GLICEMIA	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	1.REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL // 2. SEGUIR LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA LAS TAREAS QUE VA A REALIZAR SEGÚN EL AREA ASIGNADA // 3. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE.

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA LA LABOR

Observaciones:

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

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos 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 ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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. Autorizo a médicos de la institución el acceso a historia clínica.

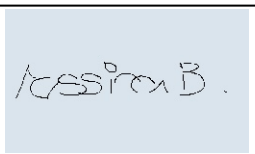
LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos 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 ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'









MEDICO ESPECIALISTA EN SST
JOHN HANSEL CHACON RINCON
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1030629915
RM 1030629915 - LIC. 17159/2024

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289

LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 4/10/2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
Paciente: YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
Género FEMENINO **Edad:** 31
Fecha Nacimiento: 20/10/1993
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 10 NO 81 A 20
Empresa PARTICULARES -

Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Identificación: 1022387289
Teléfono NA **Móvil:** 3204961532
Cargo: DOCENTE
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: PROFESIONAL

Informe de Laboratorio: 951808

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA	87mg/dl	70-110 mg/dl	

Adriana Mateus
BACTERIÓLOGA Y LABORATORISTA CLÍNICA
T.P 1101760546

BACTERIOLOGA
DORIS ADRIANA MATEUS ESCOBAR
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1101760546
T.P: 1101760546 -

Yessica B.

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CERTIFICADO DE OPTOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	4/10/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA,	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO		
Paciente:	YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA	**Identificación:**	1022387289		
Género	FEMENINO **Edad:** 31	**Teléfono**	NA	**Móvil:**	3204961532
Fecha Nacimiento:	20/10/1993	**Cargo:**	DOCENTE		
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.		
Dirección	CALLE 10 NO 81 A 20	**Escolaridad:**	PROFESIONAL		
Empresa	PARTICULARES -				

EVALUACIÓN

Formula Final OD	**N**	**Formula Final OI**	**N**
Distancia Pupilar	**60/58**	**ADD**	**NA**

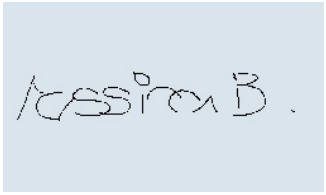
Recomendaciones SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA.

Impresión Diagnóstica AO EMETROPIA

Remisiones -



OPTOMETRA
CAMILO ANDRES CUELLAR SEGURA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1020782809
1020782809 -





YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA 1022387289

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 4/10/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
Paciente: YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
Género FEMENINO **Edad:** 31
Fecha Nacimiento: 20/10/1993
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 10 NO 81 A 20
Empresa PARTICULARES -

Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Identificación: 1022387289
Teléfono NA **Móvil:** 3204961532
Cargo: DOCENTE
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: PROFESIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

SIN INFORMACION

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOLÓGICA O SEGÚN LO REQUIERA.

OBSERVACIONES

PRUEBA PSICOLÓGICA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES EN RASGOS DE PERSONALIDAD, VALORES, MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO Y POTENCIAL DE COMPETENCIAS. NO EVIDENCIA ALTERACIONES COGNITIVAS. CONTINUAR REALIZANDO LOS EXÁMENES PSICOLÓGICOS DE FORMA PERIÓDICA.

Nataly Morales Gonzalez
Psicóloga
T.P. 261620

PSICOLOGA
NATALY MORALES GONZALEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1016113228
T.P: 261620 -

Firma y cédula del Paciente
YESSICA PAOLA BERNAL BAUTISTA
1022387289