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	**97046-797673**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDY MILENA MENDOZA LÓPEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.098.662.374	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	milenamendoza11sena@gmail.com	**Número de Cuenta:**	481870030360
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:	9046844/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**26926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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:**	$ 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	**$ 3.140.497**	**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	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1080502075**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	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		$ -		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	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.094.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes y soport
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras ti
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Su
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, e
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclu
Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas y servicios definidos en el contrato, aportando piezas, insumos o soportes
Garantizar el uso adecuado de los ambientes de formación y los recursos asignados para la ejecución del contrato, dejando los espacio
Aportar los medios y herramientas propias requeridas para cumplir las actividades contratadas, manteniendo autonomía técnica y operat
Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando

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

LEIDY MILENA MENDOZA LÓPEZ
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: 2026.04.22 03:55:35 -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)

15/04/26 10:50:03 USUARIO: SIC - C.C. 1098662374

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-15, 10:59:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080502075

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 03/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ		
Documento	CC1098662374	**Dirección**	CL 24D #43 A - 44
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3168840294
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1098662374	LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.894.998	$ 303.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.894.998	$ 236.900	0,522	$ 1.894.998	$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000

III.TOTALES

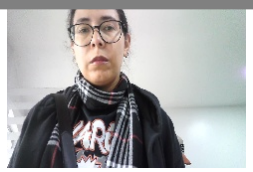
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.998	$ 1.894.998	$ 1.894.998	$ 0	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000	$ 0	$ 550.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT: 900139947-2
L.S.O. 12534/2017

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: INGRESO

Certificado de aptitud: 1098662374-268638

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Actividad Económica: 8899 - OTRAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL N.C.P.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	15 ene. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	1098662374
Paciente:	LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ	**Teléfono**	**** **Móvil:** 3168840294
Género	FEMENINO **Edad:** 37	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Fecha Nacimiento:	11/09/1988	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	COLFONDOS
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:	mlenamendoza11@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

TEST PSICOMETRICO	APTO - Talleres propios en su cargo para optimizar su desempeño.
OPTOMETRIA	USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR, CONTROL ANUAL, PROTECCIÓN OCULAR.
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, DESCANSO VISUAL Y DE LA VOZ, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, SE SUGIERE APOYO DE MUÑECAS PARA USO DE TECLADO Y MOUSE, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.
GLICEMIA	se realizó

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR,

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 Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DR. CARLOS ANDRES CARDENAS MUÑOZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
RES. 4889-22

MEDICO ESPECIALISTA SST
CARLOS ANDRES CARDENAS MUÑOZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1030675712
RM 1030675712 - LSO 4889 04/09/2022

Firma y cédula del Paciente
LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ
1098662374

Grupo Ocupacional salud integral empresarial	**CONCEPTO DE VALORACIÓN PSICOLOGICA PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE HABILIDADES** FORMATO ADMINISTRATIVO Y TECNICO	**Código**: FR- 01 **Versión**: 01 **Emisió**n: 01/06/2019

PRUEBAS APLICADAS PARA EL CARGO:	
BG3	**X**
CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE ESTRÉS	**X**
WARTEGG	**X**

Se puede establecer que:

APELLIDOS Y NOMBRES	MENDOZA LOPEZ LEIDY MILENA	**EDAD**	37 AÑOS
EMPRESA	SENA	**FECHA DE EVALUACION**	ENERO 15 / 2026
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1098662374	**CARGO AL QUE ASPIRA**	INSTRUCTOR

A continuacion se describiran de manera cualitativa los resultados obtenidos para el trabajador y las respectivas sugerencias dadas para la adecuada ejecucion de su actividad como PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO:

PUNTUACIONES
(Numericas : calificacion de baterias / Cuantitativas: rasgos descriptores):
ALTA (7-10) MEDIA (4-6) BAJA (0-3)

ITEM	HABILIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA HABILIDAD	CALIFICACIÓN ALTO	MEDI	BAJO	INTERPRETACION CUALITATIVA
1	**RAZONAMIENTO Y ANALISIS**	Eficacia para detectar problemas, buscar datos pertinentes al rspecto, identificar la informacion relevante y encontrar las posibles causas del mismo, con destino a la optimizacion. Raciocionio y captacion mental eficaz.	●			Evidencia una puntuacion acorde en las valoraciones especificas para su cargo, denota un nivel adecuado para las habilidades requeridas a nivel de percepcion visomanual
2	**AUTODISCIPLINA**	Habilidad que posibilita ver el cumplimiento de procedimientos y manejo de autoridad frente al cargo a desempeñar.	●			Se evidencia reservada, con relaciones interpersonales afables y cordiales. Con baja proyeccion a futuro.
3	**MANEJO DEL ESTRÉS**	Habilidad mediante la cual se evidencia un mantenimiento firme del carácter, para trabajar o actuar bajo presión y/o oposición a los propios intereses y acciones. Se traduce en respuestas controladas en situaciones que generen tensión.	●			Nivel de estrés se halla en rango adecuada sin incidencia en ningun area.
4	**AUTOCONTROL**	Capacidad de regulación y ordenamiento de los impulsos, pensamientos y de las acciones, a fin de alcanzar un mayor equilibrio personal y social, que le permita al trabajador la realización de su tarea, ajustándose voluntariamente a parámetros sociales y laborales correctos	●			Refleja un nivel acorde de alto auto y hetero control
5	**MANEJO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS Y RELACIONES INTERPERSONALES ASERTIVAS**	Capacidad que tiene la persona para solucionar conflictos o problemas que surgen de su relación con otras personas, a través de una actitud respetuosa y logrando una buena comunicación y la finalización de roces o inconvenientes de manera objetiva y radical. Capacidad de negociación y resolución de desacuerdos y situaciones de manera asertiva. Interrelación respetuosa en diferentes contextos.	●			Muestra asertividad en la resolucion de conflictos. Objetivo

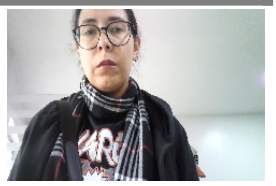
CONCEPTO	**APTO**

SUGERENCIAS: Talleres propios en su cargo para optimizar su desempeño.

Jessica A. Rincon N.
Esp. en Psicología
Ocupacional y Organizacional
C.C. 52 408 410

LABORATORIO CLÍNICO

Grupo Ocupacional
salud integral empresarial



GRUPO OCUPACIONAL LTDA
900139947-2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15/01/2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
Paciente: LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ
Género FEMENINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 11/09/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 24 D # 43 A 44
Empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1098662374
Teléfono **** **Móvil:** 3168840294
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Escolaridad: UNIVERSITARIO

Informe de Laboratorio: 268638

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA	86mg/dl	65 - 110 mg/dl	se realizó

DRA. GLORIA GIRONZA POTES
BACTERIOLOGA
REG. 51.991.430

BACTERIOLOGO (A)
GLORIA ELIZABETH GIRONZA POTES
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 51991430
51991430 -

Firma y cédula del Paciente
LEIDY MILENA MENDOZA LOPEZ
1098662374

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE