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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**84707-765252**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	BERTILDE ELENA MONROY BECERRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.025.716	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	bemonroy@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	69061443495
IP/Nº de contacto:	3163773329	**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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9089933/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**48326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.162.479
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.424.982

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6015672791**
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%	$34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000		
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

Ejecutar la formación según las lineamientos de la Coordinación de Articulación con la media

Elaborar los documentos respectivos a la formación, actas de la formación en los colegios y seguimientos a aprendices

Impartir la formación a los grados correspondientes en el programa de articulación en los colegios asignados

Asistir a reuniones programadas por la Coordinación en relación con el programa de Articulación con la Media

Participar en la revisión de guías de aprendizaje y demás formatos propios de la formación

Asistir a las diferentes actividades presenciales y virtuales previstas por la Coordinación con la Media

Crear, revisar y cargar los documentos respectivos en el Drive de la Coordinación dispuesto para el proceso de la formación

Realizar la verificación de ambientes y materiales en los colegios de articulación con la media en las sesiones de formación

Asistir a la Coordinación al desarrollo de actividades administrativas y respecto a las fichas asignadas en los colegios

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

BERTILDE ELENA MONROY BECERRA
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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.05.15 08:27:55 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40025716
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BERTILDE ELENA MONROY BECERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 30 # 3 A 09	TELÉFONO:	3163773
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6015672791**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	300964694

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 303.200	$ 1.100	$ 304.300
SUBTOTALES:										**$ 303.200**	**$ 1.100**	**$ 304.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 900	$ 0	$ 236.900	$ 900	$ 0	$ 237.800
SUBTOTALES:													**$ 236.900**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 237.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.900	$ 9.900	$ 100	$ 0	$ 10.000
SUBTOTALES:									**$ 9.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40025716	MONROY BECERRA BERTILDE ELENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.895.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.895.000	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.895.000	$ 236.900	$ 0	$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.895.000	40025716	$ 9.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 552.100

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 23/Ene/2026, **Hora:** 09:08:18 a.m.
HC: # 92855
Edad: 58 años
Apellido: Monroy becerra
Nombre: Bertilde elena
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 40025716
Sexo: Femenino ♀
Rh: A+
Direccion: Calle 30 #3 a 09 apto 301
Nacim: 17/May/1967
Telefono:
Celular: 3163773329
Correo: Elemonro@yahoo.com
Estado Civil: Casado
EPS: Nueva eps
ARL: Sin definir
AFP: Colfondos
Estatura: 163 Cm
Peso: 71 Kg
IMC: 26.7
Cargo: Intructora
Ciudad: Bogota d.c. - santa fe

Empresa: Particular
CC:
Direccion:
Telefono:
Celular:
Email: Sistema@ipsintegral.com
Emp. Usuaria: Sena

Examenes Realizados

- [x] Visiometría
- [x] Glicemia
- [x] Valoracion psicologica
- [x] Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable
* Dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración nutricional
* Uso de corrección óptica permanente

Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

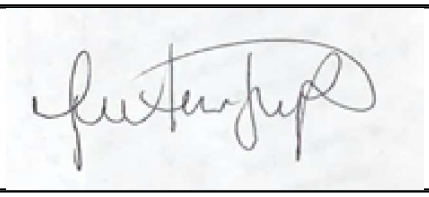
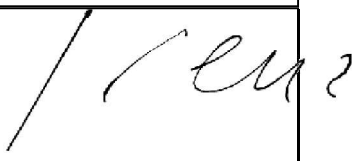
Imc 26.72

Observaciones

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad
Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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 le ído 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez CC 1076622223 Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Bertilde elena monroy becerra CC 40025716

IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA	
FECHA DEL EXAMEN	**23 de enero 2026**	
TIPO DE EXAMEN	**PERSONALIDAD E INTELIGENCIA**	
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE COMPLETO	**BERTILDE ELENA MONROY BECERRA**	
IDENTIFICACIÓN	**40025716**	
EDAD	**58 AÑOS**	**SEXO: FEMENINO**
EMPRESA	**SENA**	
CARGO	**INSTRUCTORA**	

CONCEPTO: La persona evaluada se encontró consciente, vigil y correctamente orientada en tiempo, espacio y persona. Durante la entrevista evidenció un buen nivel de atención y adecuada conexión con la realidad, presentando una conducta organizada y una apariencia personal apropiada a la situación.

Se mostró dispuesta a colaborar, con actitud abierta y receptiva, manteniendo contacto visual apropiado y ofreciendo respuestas lógicas, claras y acordes a las preguntas formuladas. El discurso fue comprensible y continuo, sin indicios de alteraciones del curso o contenido del pensamiento ni manifestaciones de ideación patológica.

La expresión gestual y la postura corporal fueron acordes al contexto, sin observarse signos de agitación ni enlentecimiento psicomotor. El estado de ánimo se presentó dentro de parámetros esperables, con afectividad adecuada tanto en intensidad como en coherencia.

Las funciones cognitivas evaluadas se hallaron conservadas, al igual que el juicio, la capacidad reflexiva y la introspección. No se registraron antecedentes de trastornos mentales y, al momento de la evaluación, no se identificaron manifestaciones de psicopatología activa.

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

NOMBRE PSICÓLOGO: AURA ONOFRE SANTACRUZ	**FIRMA**
TARJETA PROFESIONAL: 128641 **RESOLUCIÓN SST: 20200 DE 01/11/2024**	

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Visiometria



Fecha: 23/Ene/2026, **Hora:** 09:08:18 a.m.
HC: # 92855
Edad: 58 años
Apellido: Monroy becerra
Nombre: Bertilde elena
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 40025716
Sexo: Femenino
Rh: A+
Direccion: Calle 30 #3 a 09 apto 301
Nacim: 17/May/1967
Telefono:
Celular: 3163773329
Correo: Elemonro@yahoo.com
Estado Civil: Casado
EPS: Nueva eps
ARL: Sin definir
AFP: Colfondos
Estatura: 163 Cm
Peso: 71 Kg
IMC: 26.7
Cargo: Intructora
Ciudad: Bogota d.c. - santa fe

Empresa: Particular
CC:
Direccion:
Telefono:
Celular:
Email: Sistema@ipsintegral.com
Emp. Usuaria: Sena

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes

Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				
Pterigion	No				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	Si
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Evaluacion

Agudeza Visual	Vision de Lejos SC	Vision de Cerca SC	VL CC	VP CC	ADD
O.D.	20/40-	1.25 M	N/a	0.75 M	Usa Gafas Prefo
O.I.	20/20-	1.75 M	N/a	1.00 M	Usa Gafas Prefo
A.O.					

Examen Externo

Percepcion del Color			Convergencia	
Percepcion Anormal	No		Lejos	No
			Cerca	No

Interpretacion	Lejos	Cerca

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal		X	

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida			
Inadecuadamente Corregida		X	X
No Corregida	X		

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad		X
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica		

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

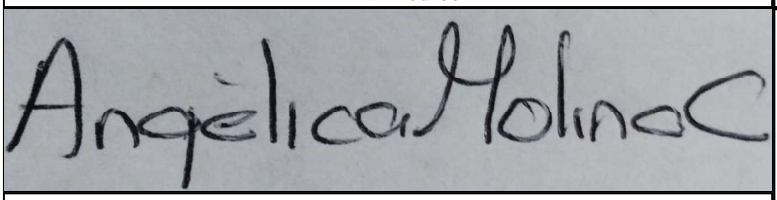
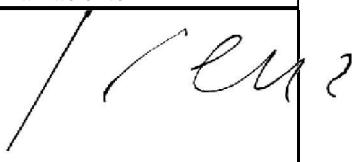
Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Paciente Visualmente Apta. Requiere Uso Permanente De Corrección óptica. Se Remite A Cita De Optometría Para Valoracion Y Formulacion De Gafas. Control 1 Año.

Conducta

Dx H524 Ao
*color 9/10
Estereopsis Anormal 100 Seg

Firma Medico		Firma Paciente
		
Angelica molina cortes CC 52269491 Optometra sst **Lic. de S.O #:** 8174 De 15/03/2021		Bertilde elena monroy becerra CC 40025716

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Bertilde Elena Monroy Becerra**	**Codigo:**	**92855**
Edad:	**58 años**	**Fecha:**	**23/01/2026**
Identificación:	**40.025.716**	**Sexo:**	**Femenino**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	82	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1