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	**12 de Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**38738-436308**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DORIS YANETH RODRIGUEZ PEREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	46.365.876	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dyrodriguez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550488412374826
IP/Nº de contacto:	7070018	**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:	8998921/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9326**	**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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

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	**$ 2.867.594**	**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		----------	**78515193**
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		$ 200.476	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ 163.427	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 956.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.868.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.867.594,00	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

Participar en la capacitación institucional sobre el manejo de la plataforma Zajuna, orientada a fortalecer las competencias para la c

Conocer y cumplir el reglamento del aprendiz y demás normas del SENA asociadas con su proceso formativo. Acuerdo 009 de 2024

Presentar a la Coordinación Académica en los tiempos establecidos las planillas, reportes y formatos relacionados con la ejecución de

Se realizó la configuración inicial y actualización de la Plataforma Zajuna para las fichas asignadas, garantizando que todos los apre

Se llevó a cabo una revisión técnica, documental y funcional de las plantillas de informes, la carpeta de evidencias y la matriz preli

El objetivo fue asegurar que los formatos, lineamientos, cronogramas y recursos estén alineados con el proceso formativo, cumpliendo r

Registrar en SOFIA PLUS los juicios de evaluación correspondientes a la competencia 220601501 - Aplicar prácticas de protección ambien

Actualizar el registro manteniendo trazabilidad diaria o semanal. Identificación de Casos Especiales por deserción o no ingreso a la p

Verificar con los aprendices si presentan novedad en su registro relacionados contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia re

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

DORIS YANETH RODRIGUEZ PEREZ
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: 2026.05.13 07:20:56 -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)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	46365876	DORIS YANETH RODRIGUEZ PEREZ	CALLE127 B BIS-53C-28 BLOQ 8 APTO 113	7070018	doris.danisalej98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78515193	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	46365876	DORIS YANETH RODRIGUEZ PEREZ	CALLE127 B BIS-53C-28 BLOQ 8 APTO 113	7070018	doris.danisalej98@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78515193	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 46365876	RODRIGUEZ PEREZ DORIS YANETH	59	0			N																	25-14	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS010	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Reporte Anual de
Costos Totales

Bancolombia

SEÑOR (A):

DORIS YANETH RODRIGUEZ PEREZ

Calle 127 B BIS # 53 C 28

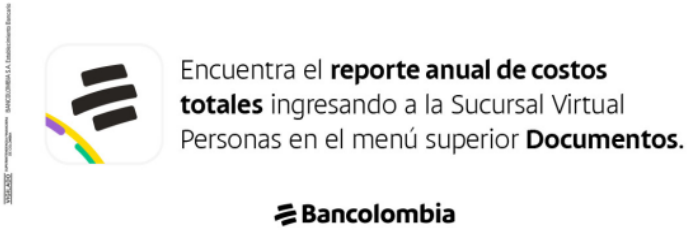
BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C.

Reporte anual de costos totales

Período: 2025/01/01 hasta 2025/12/31

Documento: 46365876



Explora en este documento el detalle de los pagos que hiciste al disfrutar nuestros productos o servicios, los cobros a terceros y las retenciones tributarias. Ten en cuenta:1. Si en Número de Operaciones aparece cero (0) y en Valor pagado encuentras una cifra, se trata de un pago que hiciste por productos o servicios en el último mes de vigencia de este reporte. 2.Si encuentras números negativos en la columna Valor pagado, se trata a una devolución que te hicimos de un cobro. Es posible que la devolución sea por un cobro del año pasado o que fuera mayor que el cobro que te hicimos. 3.Este reporte no sirve como certificado de paz y salvo de tus compromisos bancarios

Reporte Anual 2025

CRÉDITO - ADQUISICION DE VIVIENDA VIS Nro.: 85990002475

Datos del Producto	Fecha		Valor
VALOR DEL DESEMBOLSO	2011-11-10	COP	39,900,000.00

Conceptos	Nro. de Operaciones		Valor Pagado
PAGOS A CAPITAL	2	COP	1,543,474.84
PAGOS A INTERÉS CORRIENTE	2	COP	1,150,906.93
PAGOS A INTERÉS DE MORA	2	COP	173,651.89

Cobros a Favor de Terceros	Nro. de Operaciones		Valor Pagado
SEGURO DE INCENDIO	2	COP	56,222.34
SEGURO DE TERREMOTO	2	COP	40,043.00
SEGURO DE VIDA	2	COP	35,701.00

NEQUI CUENTA DE AHORROS NORMAL Nro.: 87044116489

Retenciones Tributarias		Valor Pagado
GRAVAMENES A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS	COP	11,953.06

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS BIOMEDIC D&J SAS

Nit: 901464352-7
Dirección: Carrera 18 # 1 -66 Sogamoso - Boyacá
Cel: 3123317456 Fijo: (608) 7740379
E-mail: biomedicdyj@gmail.com
Web: www.biomedicdyj.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.724

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO MUSCULO ESQUELETICO/PSICOSOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ PEREZ DORIS YANETH	FEMENINO	55 AÑOS 9 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	46365876 (Número)

Cargo: **INDEPENDIENTE**

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
PSICOLOGIA OCUPACIONAL(NEUROPSICOLOGICO)	✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SOLO VISION PROXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA
	PAUTAS ERGONÓMICAS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. DISMINUCIÓN Y CONTROL DE PESO CORPORAL. HÁBITOS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR 3 VECES POR SEMANA MÍNIMO 30 MINUTOS.
2. CONTINUR USO DE LENTES VISION PROXIMA (LEER Y ESCRIBIR) CONTROL VISUAL ANUAL. NO LAS REQUIERE USO PERMANENTE.
3. PSICOLOGICAMENTE APTA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
4. MUSCULO ESQUELETICO : EL MOMENTO SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES APARENTES.
5. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS X 5 MINUTOS, REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RELAJACIÓN. ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS.

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 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 leído 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.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 53070288 - DERLY JOHANA BAYONA

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ PEREZ DORIS YANETH

R. M.:	1460/10	**L.S.O.:**	1054/19	G1134M1S6724	**CC:**	46365876	