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	**15262-387724**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CINDY TATIANA AYALA CHAVEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.022.404.351	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cayala@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24138360317
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:	8984930/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17726**	**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	**$ 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		----------	**9503745286**
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%	$37.927.505	$ 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

Visitas de acompañamiento y evaluación de los aprendices en etapa productiva.

Orientación en el diligenciamiento de los documentos propios de la etapa productiva.

Elaborar documentos requeridos por la coordinación

Verificación de las competencias en sofia plus.

Reportar las inasistencias del aprendiz a etapa productiva y las coordinaciones.

Verificación de la documentación de los aprendices para la aprobación del RAP de etapa productiva.

Reuniones de acompañamiento a los aprendices de etapa productiva

No se ejecutó, debido a que el supervisor de contrato no asignó ninguna actividad correspondiente

No se ejecutó, debido a que el supervisor de contrato no asignó ninguna actividad correspondiente

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

CINDY TATIANA AYALA CHAVEZ
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: 2026.05.12 09:08:11 -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)

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 1022404351		AYALA CHAVEZ CINDY TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 78 i # 58-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	1000001009	9503745286	I	2026/05/14	2026/05/08	BANCO DE BOGOTA	0	$550,000

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)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$9,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$9,900		$0	$0
1	CC	1022404351	AYALA CINDY	230301	30	$1,894,998	$303,200	EPS002	30	$1,894,998	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,998	$9,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$9,900		$0	$0

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 1022404351		AYALA CHAVEZ CINDY TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 78 i # 58-20 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	1000001009	9503745286	I	2026/05/14	2026/05/08	BANCO DE BOGOTA	0	$550,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

Centro Médico de Especialistas Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya

CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3143352462 /
SEDE 1 NIT: 9009769204 - SEDE 2 NIT: 18590065-3.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 y 3673 del 2008.

PRE-OCUPACIONAL INGRESO [X] OCUPACIONAL PERIÓDICO [ ] POST OCUPACIONAL O EGRES. [ ]

BOGOTÁ DC.10 DE ENERO DEL 2026. CONVENIO:INDEPENDIENTE CARGO:INSTRUCTOR

TRABAJADOR:CINDY TATIANA AYALA CHAVEZ / IDENTIFICACIÓN:1.022.404.351 / EDAD:30 AÑOS / SEXO:F

EXAMEN REALIZADO: *Ocupacional de INGRESO y de aptitud física para trabajar.*

FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.* SERVICIO: CONSULTA OCUPACIONAL

SEDE /ORDEN:2063/007867

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS:

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)				NORMAL			HEMOCLASIFICACION	A+
2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON)				NORMAL			PSICOTEST DE ALTURA	NORMAL
3. OPTOMETRIA (OPTEC-2000)				AV DL Y DC 20/20 AO.			PRUEBAS NEUROLOGICAS	NORMAL
4. GLICEMIA				NORMAL			OSTEOMUSCULAR	NORMAL
5. PERFIL LIPIDICO				NORMAL			ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
6.V/F	F/C	85 L/M	PESO	69 Kg	ESTATURA	1.61 CM	T/A	105/71 mmHg

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	*PERMANENTE*
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDV	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

1. APTO PARA TRABAJAR SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

-CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO.
-SE SUGIERE RALIZAR AUDIOMETRIA Y OPTOMETRIA OCUPACIONAL UNA VEZ AL AÑO.
-USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
-OBSERVACION: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SRAS-COV-2)
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION (2346) de julio de 2007- (692) del 29 abril del 2022, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Dr. JOSE E OLIVERA MEDA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC:1022404351	HUELLA INDICE DERECHO

Centro Médico de Especialistas
Independientes "MEDICAL CENTER"
SERVICIO SOCIAL C.S/Olaya.
CARR 21 # 24-80. SUR. OLAYA /Teléf. CM: 3045491872
SEDE 1 NIT: 9009769204 - SEDE 2 NIT: 18590065-3.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL.

EXAMEN FISICO:

Paciente normo lineo, orientado en tiempo espacio y persona que deambula sin dificultad, refiere buen estado general, se siente bien y realiza sus necesidades fisiológicas sin dificultad.
Vacunación actualizada para Covid -19.

Mucosas: Normo coloreadas y húmedas.

TCS: No infiltrado.

Aparato Respiratorio: MV- normal no estertores FR: 18 x min.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles rítmicos y bien golpeados, no soplos,buen llene capilar, Hemodinámicamente estable.
Fc: 85 x min. TA: 105/71 mmHg.

Abdomen: Plano, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no tumoración no visceromegalia.

(SOMA): SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Cabeza: cara y cráneo de aspecto y configuración normal. Cuello corto sin adenomegalias.
Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.
No atrofias o hipertrofias, fuerza muscular conservada. Maniobra de tinel y phanel negativa.

Visiometria: Ambas conjuntivas palpebrales sin alteraciones, conducto naso-lacrimal integro, no opacidades de córnea o cristalino, agudeza visual 20/20.

SNC: Sin alteraciones; no signos meníngeos.

- ✓ Rombert - Simple y Sensibilizado (Negativos)
- ✓ Estrella de Babinsky (Negativo)
- ✓ Porción Vestibular del VIII Par Craneal, sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: ASTIGMATISMO CORREGIDO.
NOTA: Paciente con ASTIGMATISMO CORREGIDO, sin limitaciones, apto para desempeñar cualquier tipo de trabajo. Uso de lentes permanentes.

CONCLUSIONES

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO	SI (X)	NO ( )
2. APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI ( )	NO ( )

Dr. JOSE E OLIVERA MESA MEDICO OCUPACIONAL RM: 88099	FIRMA DEL TRABAJADOR CC: 1022404351	HUELLA INDICE DERECHO

APSCRIN
Asesoría Psicológica
Clínica - Jurídica - Forense

NOMBRE: CINDY TATIANA AYALA CHAVEZ

IDENTIFICACION: 1.022.404.351

NUMERO:94813-2

SEXO: FEMENINO EDAD :30

SERVICIO: VALORACION PSICOLOGICA

RESPONSABLE: INDEPENDIENTE FRCHA DE ATENCION:10/01/2026

VALORACION POR PSICOLOGIA

PACIENTE CONSIENTE TIEMPO-ESPACIO, INQUIETUD MOTORA, ATENCION, INTRUSIVO, SIGUE INDICACIONES. ADECUADA PRESENTACION PERSONAL. EN EL PLANO INTELECTUAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

SEGÚN RESULTADOS DE PRUEBAS APLICADAS (TEST DE PERSONALIDAD VALORACION ESTANDARIZADA BF5): ADHERENCIA A LA RELACION

FAMILIAR FILIAL ACTUAL, AFECTO ADECUADO, ALTERACION DE LA ACTIVIDAD Y LA ATENCION. NO ALTERACION SENSOPERCEPTIVA, NO ALTERACION DEL JUICIO DE LA REALIDAD.

NO PRESENTA TRASTORNOS CIRCULATORIOS, VERTIGOS ACUFENOS, NI TRASTORNOS DE TIPO NEUROLOGICO, PERSONA ACTIVA, CARISMATICA, ENFRENTADORA DE RETOS, PERSONA CON UN GRAN EQUILIBRIO EMOCIONAL POR LO QUE ES APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS FISICOS Y DE EXIGENCIA.

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO:

LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION, INDICA UNA CAPACIDAD DE DISCRIMINACION PERCEPTUAL, VELOCIDAD DE OPERACIÓN MENTAL Y PSICOMOTORA, ATENCION Y CONCENTRACION MEMORIA, VISUAL DE CORTO PLAZO, FLEXIBILIDAD COGNITIVA, CAPACIDAD FLUIDA.COORDINACION O DESTREZA VISO MOTORA, RECUERDO VISUAL, HABILIDADES DE ASOCIACION DE SIMBOLOS Y EL PROCESAMIENTO VISUAL.

PSICODIAGNOSTICO: PACIENTE QUE ASISTE A VALORACION PSICOLOGICA PRESENTA COMPORTAMIENTO MENTAL SANO, NEUROSIS NORMAL CONCENTRACION EXCELENTE, BUENA COORDINACION BIMANUAL Y MODERACION ADECUADA.

Rocio Álvarez Romero

Psicólogo Clinica
RN 139092
Cel: 3143352462

Sede Norte: Galerías Cr. 27 A No. 58 A 30 Oficina 105 A Tel: 4821270
apscrin@hotmail.com

ROCIO ALVAREZ ROMERO
PSICOLOGA
Universidad Católica de Colombia
TP139092 COLSIP