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	**52671-498423**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	53.047.957	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	noasignado@sena.com	**Número de Cuenta:**	27344428196
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:	8996950/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**15826**	**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		----------	**1080530975**
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

Programar Actividades en la Plataforma asignada, realizar la revisión, seguimiento, emitir las observaciones y notas correspondientes

Asignación de actividades académicas y material de apoyo a la formación de acuerdo con el diseño curricular y el programa de formación

Sena Sofia Plus Plataforma Aplicación de los lineamientos de los proyectos formativos Compromiso

Revisar que el ambiente de formación este en óptimas condiciones de aseo, para la formación

Elaboración de plan de trabajo de cada ficha asignada

Participar en actividades del equipo ejecutor, acta de inicio y desarrollo de plan de trabajo

Clases magistrales correspondiente a cada una de las competencias

Acompañamiento y seguimiento a los grupos de trabajo académico GAES

Aplicación de los lineamientos de los proyectos formativos

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

INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ
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: 2026.05.14 11:46:54 -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)

13/05/26 21:02:13 USUARIO: SIC - C.C. 53047957

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 04:55:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080530975

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823994539

PAGADO 01/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ		
Documento	CC53047957	**Dirección**	CL 4C #12 - 96 T 6 APA 306
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3183934356
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 53047957	INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.895.000	$ 303.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.895.000	$ 236.900	0,522	$ 1.895.000	$ 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
$ 1.895.000	$ 1.895.000	$ 1.895.000	$ 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.

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000531030

Clinisur IPS, Ltda.
Salud Ocupacional
Régimen [illegible]

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 25/01/2025 07:52:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ C.C 53047957

EDAD 40 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSTRUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐		
Visiometria	☑	Glic ☑	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐	
Optometria	☐	¿Cuáles?				
Audiometria	☐					
Espirometria	☐	Énfasis Osteomuscular	☑			
		Otros	☐			

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS MUSCULOESQUELETICO
VALORACION PSICOSOCIAL

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE/CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO/MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.276
T.S.O 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX: 2784705 FAX: 2392303 Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Powered by CamScanner

clinisur

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel. 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **25/01/2025**

Doc. Identidad **CC 53047957** Nombre **INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ** Fecha Nacimiento **12/07/1984**
Entidad **PARTICULAR** Edad **40 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA Cargo DOCENTE Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión EPS SALUD TOTAL S.A. E.P.S ARL

ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías SI (X) NO ( ) Cual ? **REFRACTIVA AO HACE 10 AÑOS**
Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD		20/200	20/30		20/400	20/40
OI		20/40	20/30		20/40	20/40
AO						

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros.		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones. **N** PPC: **4CMS**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

PRUEBAS OCUPACIONALES

	Vision cromática	Vis. profun.	Vis. confron
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	63 ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

REFRACCIÓN

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICO(S) CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO
H523 ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
PH OD 20/40

OBSERVACIONES

Sindy Paola Rodriguez Suarez
C.C. 1022340733
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Sindy Paola Rodriguez Suarez
C.C. 1022340733

Powered by CamScanner

Fecha: 25 de enero de 2025 Empresa: Particular

Cargo: Docente

Nombre: Ingrid Johana Caldas Mendez CC: 53047957 Edad: 40 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo
Condiciones extralaborales			X	
Sintomatología asociada al estrés				X
Manifestación Psicosomática				X

Valoración del riesgo

Sin riesgo o riesgo bajo, No presenta criterios de conductas desadaptativas ni otros factores de riesgo que le impidan realizar su trabajo (realizar pausas activas, incluirlo en el programa de estrés, regulación emocional, seguridad y salud en el trabajo que tenga la compañía)	X
Riesgo medio, No presenta criterios de conductas desadaptativas, aunque presenta otros factores de riesgo medio que ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales en la salud.	
Riesgo alto o muy alto, Presenta criterios de conductas desadaptativas, requiere intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Dr. Leonardo Ramos
Psicólogo
Especialista SST
T.P 262727 de 2023
Lic. SST 7110 de 29-08-2023

José Leonardo Ramos Ballesteros
Psicólogo, especialista en seguridad y salud en el trabajo
Resolución 7110 de 29/ 08/ 2023

Powered by CamScanner

Clinisur

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 25/01/2025 08:28:45

Fecha 25/01/2025 07:18:00

Dirección: CALLE 27 SUR No 16-07 Tel: 2764705

Doc: **53047957** Nombre : **INGRID JOHANA CALDAS MENDEZ** Edad : **40 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	105	70	110	mg/dL

ZULAY KATHERINE PERNETH LAMEDA
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1016110912 RM:

Powered by CamScanner