



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	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	73782-856980

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARISOL CORREDOR CUPITRA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.045.279	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	macorredor@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0570456070016765
IP/Nº de contacto:	3194570539	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8984501/2026	Nº Compromiso SIIF	7426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.793.730
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 26.056.233

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.140.497	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9505638488	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			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.	\$ 4.188.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		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

- Asignar evaluaciones, actividades, individuales y grupales, anuncios, material de apoyo a los grupos asignados en el trimestre en la
- Producir los documentos que evidencien el desarrollo de las competencias asignadas tales como guías de aprendizaje y plan de trabajo
- Aplicar los lineamientos de los proyectos formativos, correspondientes e impartir las acciones de Formación Profesional Integral, a
- Identificar y verificar los aprendices en formación, rutas de aprendizaje, consultar la asignación de competencias y horas en Sofía
- Exigir dar cumplimiento del reglamento de aprendices Acuerdo 0009 de 2024 durante el trimestre asignado.
- Registrar inasistencias en Sofía Plus y reportar novedades de aprendices a la Coordinación AGA.
- Revisar y verificar el registro de información en Sofía Plus de los aprendices asignados en el trimestre.
- Mantener confiabilidad de la información de los aprendices asignados a la formación
- Evidenciar la ejecución de la Formación Profesional Integral en los formatos establecidos por Compromiso

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

**MARISOL CORREDOR CUPITRA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**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)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52045279		CORREDOR CUPITRA MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80G #6-19 torre 6 apart 2108	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053797	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	364229416	9505638488	I	2026/06/19	2026/06/04	BANCO DAVIVIENDA	0	\$574,700


LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,980,000	\$316,800			\$1,980,000	\$247,500				\$0	\$0			\$1,980,000	\$10,400			\$0	\$0						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,980,000	\$316,800			\$1,980,000	\$247,500				\$0	\$0			\$1,980,000	\$10,400			\$0	\$0						
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,980,000	\$316,800			\$1,980,000	\$247,500				\$0	\$0			\$1,980,000	\$10,400			\$0	\$0						
1	CC 52045279	CORREDOR MARISOL	Z5-14	30	\$1,980,000	\$316,800	EPS002	30	\$1,980,000	\$247,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,980,000	\$10,400	0		\$0	\$0							
Total Afiliados(1)					\$1,980,000	\$316,800			\$1,980,000	\$247,500				\$0	\$0			\$1,980,000	\$10,400			\$0	\$0						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52045279		CORREDOR CUPITRA MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 80G #6-19 torre 6 apart 2108	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053797	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	364229416	9505638488	I	2026/06/19	2026/06/04	BANCO DAVIVIENDA	0	\$574,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$316,800	\$0	\$0	\$316,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$316,800	\$0	\$0	\$316,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,400	\$0	\$0	\$10,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,400	\$0	\$0	\$10,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$247,500	\$0	\$0	\$247,500	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$247,500	\$0	\$0	\$247,500	
TOTAL				1	\$574,700	\$0	\$0	\$574,700	

Certificado de aptitud laboral Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso

	Fecha: 05/Ene/2026, Hora: 06:53:59 a.m. Apellido: CORREDOR CUPITRA Tipo Doc: CC Empresa: PARTICULAR Emp. Usuaría: SENA Cargo: INSTRUCTORA Dirección: CRA 80 G #6 -19	Nombre: MARISOL Nro Identidad: 52045279	HC: # 89989 Edad: 51 años Sexo: Femenino ♀ Nacim: 25/Feb/1974
	Telefono: Celular: 3194570539 Email: MARIOLCORREDORCUPITRA@YAHOO.COM Estado Civil: Casado Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY Responsable: - Parentesco: - Telefono:		Rh: O+

Exámenes Realizados

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Visiometría | <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia | <input checked="" type="checkbox"/> Valoración psicologica | <input checked="" type="checkbox"/> Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular |
|---|--|--|---|

Recomendaciones Específicas

- | S.V.E. | Estilo de Vida Saludable |
|--------------------|--|
| * Sve salud visual | * Hábitos de vida saludable
* Dieta y ejercicio |

- | Medicas | Laborales |
|---|--|
| * Control eps
* Valoración nutricional
* Usar corrección visual | * Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural |

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Imc 28.69


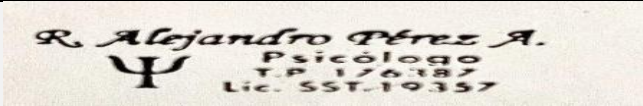
Observaciones

Se recomienda uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo establecido por la empresa además de seguir los protocolos de bioseguridad
 Realizar controles médicos ocupacionales periódicos

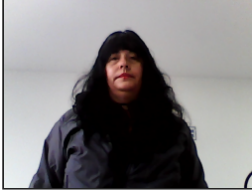
Consentimiento Informado

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 leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

<p>Firma Médico</p> 		<p>Firma Paciente</p> 
<p>Maria Alejandra Jurado Ramirez Médico especialista SST Lic. de S.O #: 1623 Registro #: 11/05/2022</p>		<p>Marisol Corredor Cupitra CC 52045279</p>

FECHA DEL EXAMEN		5/01/2026 8:15
		VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN		VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE COMPLETO	Marisol Corredor Cupitra	
IDENTIFICACIÓN	52045279	
EDAD	51 AÑOS	
EMPRESA	SENA	
CARGO	Instructor SENA	
SEXO:	Femenino ♀	
CONCEPTO	APTO +	
<p>VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos.</p>		
PSICÓLOGO		FIRMA
R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA		
TARJETA PROFESIONAL: 176387		
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024		

Visiometria

	Fecha: 05/Ene/2026, Hora: 06:53:59 a.m.	HC: # 89989	
	Apellido: CORREDOR CUPITRA	Nombre: MARISOL	Edad: 51 años
	Tipo Doc: CC	Nro Identidad: 52045279	Sexo: Femenino ♀
	Direccion: CRA 80 G #6 -19	Telefono: Celular: 3194570539	Email: MARIOLCORREDORCUPITRA@YAHOO.COM
	Telefono: Celular: 3194570539 Email: MARIOLCORREDORCUPITRA@YAHOO.COM	Estado Civil: Casado	
Ciudad: BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY			
Responsable: - Parentesco: - Telefono:			

Antigüedad en la Empresa Ingreso Antigüedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	Si	Hipertension Arterial	No	Blefaroplastia Hace 6 Años En Ambos Ojos	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	Si	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	Si				
Miopía	Si				

Correccion	
Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	Si
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.	20/100	0.50 M	20/25	0.50 M	
O.I.	20/200	0.75 M	20/30	0.50 M	
A.O.					Add

Examen Externo					
Percepcion del Color		Convergencia			
Percepcion Anormal	No	Lejos	No	Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida X X X
 Inadecuadamente Corregida X
 No Corregida

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

Concepto

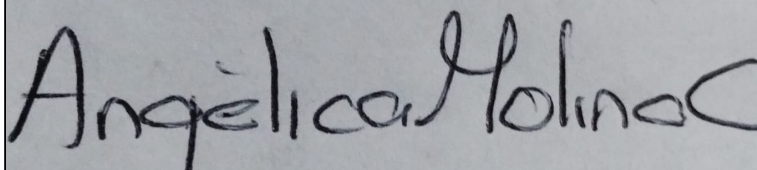


Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

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 Para Ejercer Su Labor. Se Remite A Cita De Control Por Optometria Para Actualización De Fórmula De Gafas. Control 1 Año.

Conducta Dx H521 Ao
 H522 Ao
 *color 9/10
 Estereopsis 63 Seg Con Rx

Firma Medico		Firma Paciente
		
Angelica molina cortes Optometra sst Lic. de S.O #: 8174 De 15/03/2021		Marisol corredor cupitra CC 52045279



PCR LABORATORIO
CLINICO



DRA PILAR CAÑON ROJAS
NIT 52359661-1

Paciente:	Marisol Corredor Cupitra	Codigo:	89989
Edad:	51 años	Fecha:	5/01/2026
Identificación:	52.045.279	Sexo:	Femenino

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	95	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1