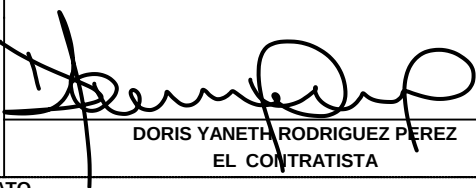


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11
			Código Centro		940410
			Fecha Elaboración		16 de Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
		ID de Proceso		12023-870281	
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
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: (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 01/07/2026		Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 26.056.233	
Número de pago 6				Valor Total del Contrato: \$ 49.743.718	
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 21.318.736	
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		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					
		Julio		Junio	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		92993500	
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. \$ 4.780.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.867.594,00	
				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					
Transferencias transferencia de conocimiento de la metodología WorldSkills					
Durante la ejecución de las actividades contractuales se aplicaron los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz SENA y las di					
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					
Registrar en SOFIA PLUS los juicios de evaluación correspondientes a la competencia 220601501 - Aplicar prácticas de protección ambier					
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 este periodo no se realizaron actividades correspondientes a esta obligación					
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 aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.			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)					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92993500	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Salud-pa	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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

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



Encuentra el **reporte anual de costos totales** ingresando a la Sucursal Virtual Personas en el menú superior **Documentos**.



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

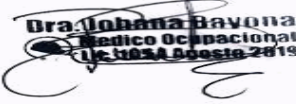
NEQUI CUENTA DE AHORROS NORMAL Nro.: 87044116489

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



N° 6.724

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA)	INGRESO MUSCULO ESQUELETICO/PSICOSOCIAL							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
Nombre de la empresa				Empresa en misión							
PARTICULARES				PARTICULARES							
CIU (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	46365876				
						Tipo	Número				
Cargos											
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:											
VISIONOMETRÍA				✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA						
PSICOLOGIA OCUPACIONAL(NEUROPSICOLOGICO)				✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.											
Médico				Aspirante o Trabajador							
Firma:  Nombre: CC: 53070288 - DERLY JOHANA BAYONA				 Código de Seguridad				Firma:  Nombre: RODRIGUEZ PEREZ DORIS YANETH			

