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** | **14 de Julio de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **16837-516663** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | LAURA MARCELA MEDINA HERRERA | **Banco a consignar:** | BANCO COLPATRIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.026.253.050 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | lmmedina@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 4602011296 |
| **IP/Nº de contacto:** | 16003 | **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:** | 8998380/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **16326** | **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** | **01/07/2026 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** | **$ 2.785.747** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.785.747,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1082733116** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| ARL I | | $ 9.900 | $ 9.900 | 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 | | $ 473.750 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 928.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.640.000 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **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

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, en
Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de
Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada para la
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes y sopor
Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula, re
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras t
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Sup
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclus

**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

**LAURA MARCELA MEDINA HERRERA**
**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: 2026.07.15 08:57:13 -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)**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-07-02, 06:12:33 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | junio de 2026 |
| **Empresa** | LAURA MARCELA MEDINA HERRERA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1026253050 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1082733116 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 441558958 |
| **Banco** | (1019) - DAVIBANK S.A. |
| **Valor** | $ 561.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 303.200 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 236.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | $ 9.900 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 11.400 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 561.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 561.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Certificado de aptitud laboral
## Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



**Fecha:** 08/Ene/2026, **Hora:** 06:45:03 a.m.
**Apellido:** MEDINA HERRERA **Nombre:** LAURA MARCELA
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1026253050
**Empresa:** PARTICULAR
**Emp. Usuaria:** SENA
**Cargo:** INSTRUCTORA
**Direccion:** CALLE 100 #64-51
**Telefono:** **Celular:** 3182822329 **Email:** LAUMAR0925@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - BARRIOS UNIDOS
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 90599
**Edad:** 39 años
**Sexo:** Femenino ♀
**Nacim:** 25/Sep/1986

**Rh:** B+

.

### Examenes Realizados

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☑ Visiometría | ☑ Glicemia | ☑ Valoracion psicologica | ☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular |

### Recomendaciones Especificas

**S.V.E.**

**Estilo de Vida Saludable**

* Hábitos de vida saludable

**Medicas**

* Control eps

**Laborales**

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

### Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

### Recomendaciones Personalizadas

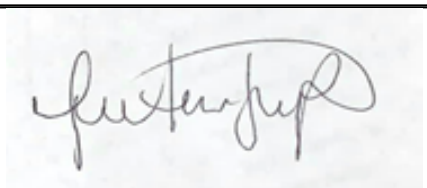
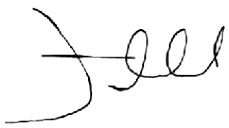
Imc 24.46
paciente de 39 años con embarazo de 11 semanas refiere embarazo normal, en el momento asintomatica, se considera puede laborar sin ningun tipo de restriccion

### Observaciones

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas 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 le ído 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.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Maria alejandra jurado ramirez**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 1623<br>**Registro #:** 11/05/2022 | | Laura marcela medina herrera<br>CC 1026253050 |

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Visiometria



**Fecha:** 08/Ene/2026, **Hora:** 06:45:03 a.m.
**HC:** # 90599
**Apellido:** MEDINA HERRERA **Nombre:** LAURA MARCELA
**Edad:** 39 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1026253050
**Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** CALLE 100 #64-51
**Telefono:** **Celular:** 3182822329 **Email:** LAUMAR0925@HOTMAIL.COM **Estado Civil:** Casado
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - BARRIOS UNIDOS
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | Cx Refractiva Laser Hace 9 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 | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | No |
| Solo Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Solo Lejos | No |
| Permanentes | No |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | No |

| Evaluacion | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Vision de Lejos SC** | **Vision de Cerca SC** | **VL CC** | **VP CC** | **ADD** |
| O.D. | 20/20 | 0.50 M | No Usa | No Usa | |
| O.I. | 20/20 | 0.50 M | No Usa | No Usa | |
| A.O. | 20/20 | 0.50 M | No Usa | No Usa | |

| Examen Externo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | | **Convergencia** | | |
| Percepcion Anormal | No | | | Lejos | No |
| | | | | Cerca | No |

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |
| Agudeza Visual Normal | X | X | X | X |

**Patologia de Refraccion**

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

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

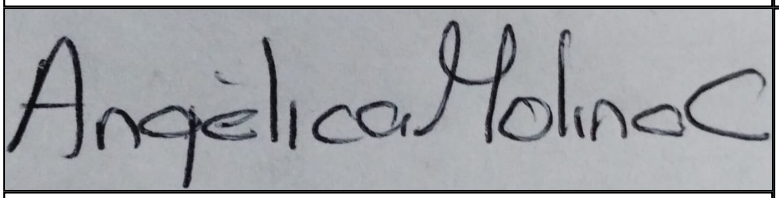
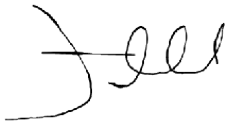
| Concepto |
|---|
| Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No |

| Recomendaciones | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si<br>No X | Valoracion por Optometria | Si<br>No X | Valoracion por Oftalmologia | Si<br>No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

Paciente Visualmente Apta. Función Visual Y Ocular Normal En Ambos Ojos. Control En Un Año.

**Conducta**

Dx Z010
*color 10/10
Estereopsis 20 Seg

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Angelica molina cortes**<br>Optometra sst<br>**Lic. de S.O #:** 8174 De 15/03/2021 | | Laura marcela medina herrera<br>CC 1026253050 |

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **Laura Marcela Medina Herrera** | **Codigo:** | **90599** |
| **Edad:** | **39 años** | **Fecha:** | **8/01/2026** |
| **Identificación:** | **1.026.253.050** | **Sexo:** | **Femenino** |

**QUIMICA**

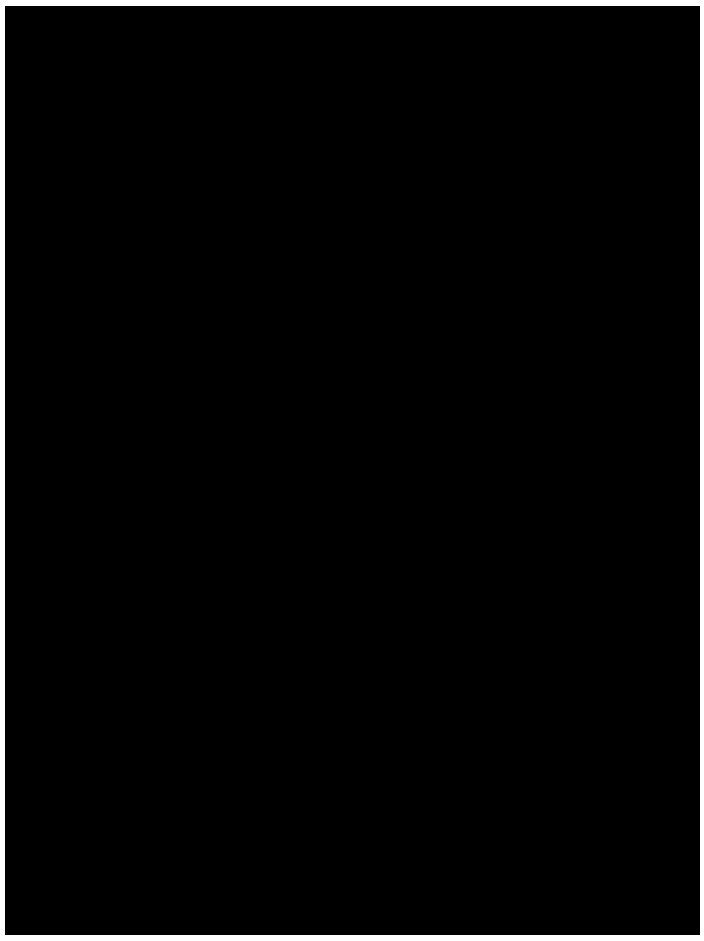
| Nombre del Examen | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| Glicemia Pre | 76 | mg/dl | 70 a 110 |

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

| FECHA DEL EXAMEN | 08/01/2026 14:01 |
|---|---|
| IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud | VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA |
| TIPO DE EXAMEN | VALORACIÓN PSICOLÓGICA |
| DATOS DEL PACIENTE | |
| NOMBRE COMPLETO | Laura Marcela Medina Herrera |
| IDENTIFICACIÓN | 1026253050 |
| EDAD | 39 AÑOS |
| EMPRESA | Particular |
| CARGO | Instructor SENA |
| SEXO: | Femenino ♀ |
| CONCEPTO | APTO + |
| 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. | |
| PSICÓLOGO | FIRMA |
| R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA | R. Alejandro Pérez A. Psicólogo T.P. 176387 Lic. SST-19357 |
| TARJETA PROFESIONAL: 176387 | |
| RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024 | |



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| C.C. | 63283958 | MARIA LUISA HERRERA PINZON | Madre |

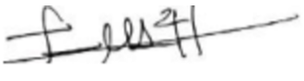
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



LAURA MARCELA MEDINA HERRERA
C.C. 1026253050

Bogotá D.C. 14 julio de 2026

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

JIMMY LEONARDO VELANDIA DAZA

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del art. 387 del E.T, la señora MARIA LUISA HERRERA PINZÓN, identificada con la cédula de ciudadanía 63.283.958 de Bucaramanga, residente en la ciudad de Bogotá y de ocupación ama de casa, es madre de la señorita LAURA MARCELA MEDINA HERRERA, identificada con c.c. 1.026.253.050 de Bogotá.

Que en la actualidad la señora MARIA LUISA HERRERA PINZÓN, no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que señora pueda figurar como dependiente de la señora LAURA MARCELA MEDINA HERRERA

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora LAURA MARCELA MEDINA HERRERA ante el SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA en la cual está vinculado actualmente bajo relación contractual.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los catorce (14 ) días de julio de 2026

JIMMY LEONARDO VELANDIA DAZA
C.C. 80.049.443
T.P. 111.604-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80049443

VELANDIA DAZA
APELLIDOS

JIMMY LEONARDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-FEB-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500115-47096481-M-0080049443-20020210 02924 02040C 02 101795105

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63.283.958

HERRERA PINZON

APELLIDOS

MARIA LUISA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA



María Luisa Herrera.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1959**

**OIBA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **AB+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**26-ABR-1979 BUCARAMANGA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00314139-F-0063283958-20110714 **0027**416230A 1 1281414128