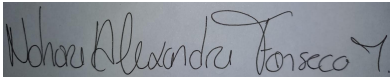


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		940410	
			Fecha Elaboración		Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		96588-182531	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		NOHORA ALEXANDRA FONSECA MURCIA		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía		51.953.077		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		nafonsecam@yahoo.es		Número de Cuenta:		24026109556
IP/Nº de contacto:				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?						SI
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						SI
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:		9104962/2026		Nº Compromiso SIIF		44226
				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, en modalidades virtual para formación Complementaria y/o titulada que forman parte de las				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 26.056.233
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718
				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		\$ 3.012.947		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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		1082637605		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 0		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - BOGOTÁ
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 473.750				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 1.004.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.716.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.694.021,00
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Una vez habilitadas la Fichas en Zajuna se elabora como parte de las actividades iniciales el Cronograma y alistamiento ambiente virt						
Respuesta a correos de aprendices sobre inquietudes de fichas 3541795-2549281-2549282-2549284						
Revisión y Calificación de Actividades de Fichas 3541795-2549281-2549282-2549284						
Se desarrolla Rutas de Aprendizaje por cada una de las Fichas designadas 3541795-2549281-2549282-2549284 de acuerdo con el cronograma						
Se desarrollan las actividades propias para dar cumplimiento con la programación dispuesta de formación complementaria modalidad virt						
Se habilitan todas las Actividades Sesiones en línea y los foros temáticos y actividades hasta el 21 de 2026 fecha de cierre de ficha						
Cumplimiento con los lineamientos y disposiciones relacionadas con los procesos administrativos						
Se participa en sesiones martes y jueves programadas del curos de elaboración del desarrollo curricular y se entregan los trabajos						
Se contó con los medios y herramientas propias necesarias para el cumplimiento de las actividades contratadas como acceso a internet						
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						
						
NOHORA ALEXANDRA FONSECA MURCIA EL CONTRATISTA						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,						
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)						

Fecha creación reporte: 2026-07-15, 11:55:39 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1082637605

Periodo Cotización:

junio de 2026

Periodo Servicio:

junio de 2026

PAGADO 15/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOHORA ALEXANDRA FONSECA		
Documento	CC51953077	Dirección	CL 86 A # 111 A 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5371232
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
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	REP	TDE	TAE	TDP	TSP	VAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	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 51953077	NOHORA ALEXANDRA FONSECA MURCIA	59	02																		0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.894.999	\$ 236.900	0,522	\$ 1.894.999	\$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 246.800

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
\$ 0	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 246.800	\$ 0	\$ 246.800

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **NOHORA ALEXANDRA FONSECA MURCIA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 51953077** y número de Afiliación **951953077100**, esta Administradora mediante resolución No. **156904** de **2026** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Junio** de **2026**.

La prestación fue reconocida, en razón a 13 mesadas anuales, pagadas mensualmente y una adicional en el mes de noviembre.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 15 de julio de 2026.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

Certificado generado por sede electrónica



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.497

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FONSECA MURCIA NOHORA ALEXANDRA				Sexo	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	54 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC	51953077
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA LABORAR							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		PARA EL CARGO EN MENCIÓN					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO				TEMPORAL	NO		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓ VALORACIÓN PSICOLÓGICA ✓			
VISIONMETRÍA				✓ GLUCOSA (GLICEMIA) ✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION CERCANA		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
ESPECIALISTA : CONTINUAR CONTROL EN LA EPS POR ESPECIALISTA TRATANTE							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: _____				Firma: _____			
Nombre: MARIÑO RAMIREZ WILSON				Nombre: FONSECA MURCIA NOHORA ALEXANDRA			
R. M.: 79335109		L.S.O.: 9005		Código de Seguridad		CC: 51953077	
				E1078K1Q2497			



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:

TI	1188217725	Johana Alejandra Aguilar Fonseca	Hijo(a)
----	------------	----------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

NOHORA ALEXANDRA FONSECA MURCIA
C.C. 51953077

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.188.217.725

AGUILAR FONSECA

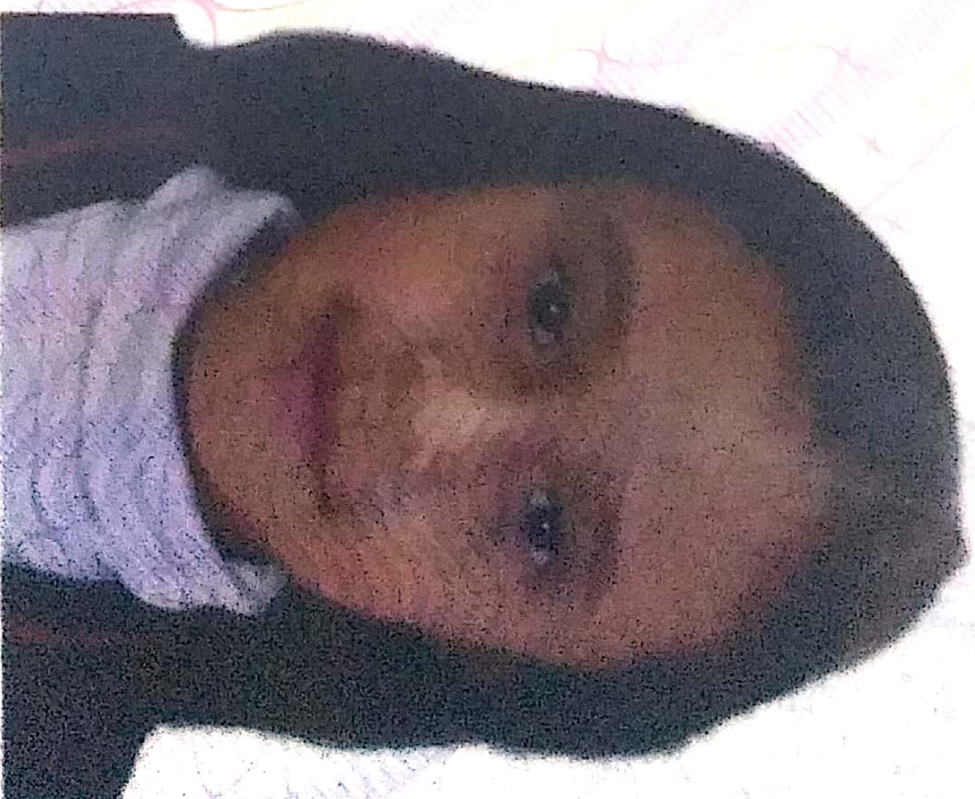
APELLIDOS

JOHANA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA

Johana Aguilar





FECHA DE NACIMIENTO

16-AGO-2012

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-AGO-2030

O+

F

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH

SEXO

26-NOV-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-1500150-01115657-F-1188217725-20191127

0069090338A 1

8500076032