

 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 62676-848506
DATOS DEL CONTRATISTA		
Nombres y apellidos: MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ Cédula de Ciudadanía 23.581.884 Correo electrónico: mforero@sena.edu.co IP/N° de contacto: 0 Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: DAVIVIENDA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 004570089047 Presta Servicios Excluidos de IVA: SI Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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 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		
N° del contrato: 9031498/2026 OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	N° Compromiso SIIF 25326 Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	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 Número de pago 5 Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00	Saldo Anterior del Contrato: \$ 30.793.730 Valor Total del Contrato: \$ 49.743.718 Nuevo Saldo del Contrato: \$ 26.056.233	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO		
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497 Ingresos por comisiones \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.893.412	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR		
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS 89958531 Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.894.999 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 236.900 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 303.200 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 9.900	Junio \$ 1.894.999 \$ 236.900 \$ 303.200 \$ - \$ 9.900 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 837.984 \$ 37.927.505 \$ 3.856.000 \$ -	Mayo \$ 1.894.999 \$ 236.900 \$ 303.200 \$ 0 \$ 9.900 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 330.085 \$ 964.000 \$ - \$ -
Base retención en la fuente a título de RENTA 2.893.412,00 Base retención en la fuente a título 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 Retención 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 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Otras Retenciones 0,00 0,00% Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$4.696.950,00		TARIFA 19% 0,00% 15% 0,966% 0% 0% 0% 0% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO		
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo. Revisión de formatos y novedades diligenciados en los procesos académico administrativos Desarrollo y registro del proceso formativo relacionado con los programas y competencias de las áreas. Elaborar y remitir informes periódicos sobre el avance y resultados de las actividades contratadas, con evidencias, alertas y acciones de mejora, para efectos de seguimiento y recibo a satisfacción. Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental relacionadas con el objeto, utilizando los instrumentos institucionales procesos, procedimientos, formatos, plantillas y formularios) definidos para tal fin. Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclusión y equidad en el proceso formativo.		
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli 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		
CERTIFICACIÓN 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 periodo 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.		 MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ EL CONTRATISTA
Autorizo el presente pago. El Supervisor, SAMIR ARTURO BRAVO CHADID INSTRUCTOR G19		
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	23581884	MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ		CL 25C No. 81 A - 25	3107968785	mnforeror@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
		89958531	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,895,000	\$587.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.900	0	0	37.900	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

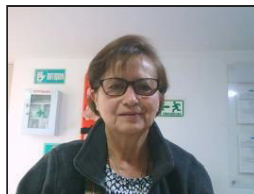
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	587.900	587.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	23581884	MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ		CL 25C No. 81 A - 25	3107968785	mnforeror@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
		89958531	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,895,000	\$587.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	INS	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 23581884	FORERO RAMIREZ MARIA NOHEMI	59	0			N																	25-14	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900	CCF24	1.895.000	30	37.900	0	0	0	0	0

Certificado de aptitud laboral
Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



Fecha: 16/Ene/2026, **Hora:** 12:22:45 p.m.

Apellido: Forero ramirez

Tipo Doc: CC

Direccion: Cll 25 c # 81 a -25

Telefono:

Estado Civil: Viudo

Estatutura: 152 Cm

Cargo: Instructora

Empresa: Particular

CC:

Telefono:

Emp. Usuaria: Particular

Nro Identidad: 23581884

Celular: 3107968785

EPS: Compensar

Peso: 51 Kg

Direccion:

Celular:

HC: # 92097

Nombre: Maria nohemi

Sexo: Femenino ♀

Correo: Mnforeror@gmail.com

ARL: Sin definir

IMC: 22.0

Ciudad: Bogota d.c. - fontibón

Edad: 64 años

Rh: A+

Nacim: 19/Sep/1961

AFP: Colpensiones

Email: Sistema@ipsintegral.com

Exámenes Realizados

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

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Sve salud visual

* Ejercicio regular

* Dieta balanceada

Medicas

Laborales

* Uso de corrección óptica permanente

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Uso de epp
uso de lentes

Observaciones

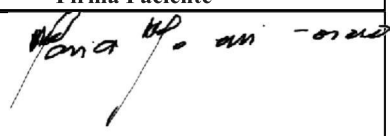
Covid 3 Dosis

Imc

Cabeza Normal. Boca Normal Edentulo Parcial. Cuello Movimientos Normales, No Rigidez De Nuca. Corazon Ritmico Sin Soplos, Pa 120/80 P 74 Po2 94 Respiracion Pulmonenes Bien Ventilados , No Ruidos Agregados No Crepitos No Roncos, Buena Expansion Pulmonar . Abdomen Blando Depresible No Masas No Megalias , Peristaltismo Adecuado , Genito-urinario Normal. Mis Normal, Movimientos Adecuados No Varices , Neurologico Conciente Orientado En Persona Tiempo Y Espacio.

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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Ivan dario gaviria montoya CC 70129523 Medico especialista sst Lic. de S.O #: 7629 010716 Registro #: 70129523		Maria nohemi forero ramirez CC 23581884

Visiometria



Fecha: 16/Ene/2026, **Hora:** 12:22:45 p.m.
Apellido: Forero ramirez
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 23581884
Direccion: Cll 25 c # 81 a -25
Telefono: **Celular:** 3107968785
Estado Civil: Viudo **EPS:** Compensar
Estatura: 152 Cm **Peso:** 51 Kg
Cargo: Instructora
HC: # 92097
Nombre: Maria nohemi
Sexo: Femenino ♀ **Rh:** A+
Correo: Mnforeror@gmail.com **Nacim:** 19/Sep/1961
ARL: Sin definir **AFP:** Colpensiones
IMC: 22.0
Ciudad: Bogota d.c. - fontibón
Empresa: Particular
CC: **Direccion:**
Telefono: **Celular:** **Email:** Sistema@ipsintegral.com
Emp. Usuaría: Particular

Antigüedad en la Empresa

Ingreso

Antigüedad en el Cargo

Antecedentes				
Personales		Familiares		Laborales
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No	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	No	Hipermetropía	No	No
Traumas Oculares	No			
Cuerpos Extraños	No			
Hipermetropía	No			
Astigmatismo	No			
Miopía	No			
Pterigion	No			

Correccion	
Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	Si
Bifocales / Progresivos	Si
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.	20/63	2m	20/32	0.50 M	
O.I.	20/80	2m	20/32	0.50 M	
A.O.	20/63	2m	20/25	0.50 M	

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

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida	X	X	X
Inadecuadamente Corregida			
No Corregida			

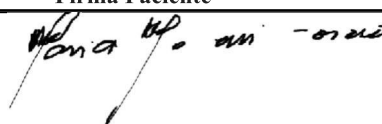
Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria en 12 Meses
Conducta Dx: H520, H522, H524. Buenas Condiciones Visuales, Uso De Lentes Permanente, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometría Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.						

Firma Medico		Firma Paciente
		
Santiago alberto filo velásquez CC 1121216992 Optometra Lic. de S.O #: 6268 Registro #: 11/08/2023		Maria nohemi forero ramirez CC 23581884



PCR LABORATORIO
CLINICO



DRA PILAR CAÑON ROJAS
NIT 52359661-1

Paciente: Maria Nohemi Forero Ramirez
Edad: 64 años
Identificación: 23.581.884

Codigo: 92097
Fecha: 17/01/2026
Sexo: Femenino

Nombre del Examen	Resultado	QUIMICA	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	99		mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

FECHA DEL EXAMEN		16/01/2026 15:33	
 IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud		VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA	
TIPO DE EXAMEN		VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE COMPLETO		Maria Nohemi Forero Ramirez	
IDENTIFICACIÓN		23581884	
EDAD		64 AÑOS	
EMPRESA		Particular	
CARGO		Instructor	
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			
TARJETA PROFESIONAL: 176387			
RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024			