FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACION DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Codigo Regional	11
Codigo Centro	940410
Fecha Elaboracion	Octubre de 2026
Version	ENERO - 1
ID de Proceso	79162-597921

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SONIA GERALDINE MORA TORRES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.071.549.776	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	smora@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	04894231888
IP/Nº de contacto:	-	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE IVA	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿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:	**9023027/2026**	**Nº Compromiso SIIF**	**16426**	**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 ...				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2026**	**Al**	**21/10/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.843.742
Número de pago	9			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			$ 3.316.248	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.527.494

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.316.248	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas de trabajo	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.316.248**	-	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.105.948**	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicacion pago SS		----------	1084750927
Ingreso Base de Cotizacion - IBC		$ 1.750.905	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pension		$ 280.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ -
ARL	I	$ 9.200	$ 9.900
		$ -	0
		$ -	0
		$ -	0
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		$ -	-
Dependientes hasta		$ -	-
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 702.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.376.000		
Retencion en la Fuente Contingente		$ -	

		TARIFA
Base retencion en la fuente a titulo de RENTA	2.105.948,00	
Base retencion en la fuente a titulo de ICA	2.817.148,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retencion en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	27.214,00	0,966%
	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	**$ 3.289.034,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar las actividades formativas según lo establecido en el programa alineados a las estrategias pedagógicas.
Ofrecer material de apoyo (guías, presentaciones, etc.), para la formación y actividades para la clase.
Realizar control de registro de asistencia de la formación de la clase. Verificar con cada estudiante la inasistencia y casos de deser
Evidencias de aprendizaje fichas asignadas.
Cumplimiento de las indicaciones dadas por la coordinación en la preparación de los entregables.
Revisión de las condiciones de los ambientes antes, durante y después de las clases.
Implementar plan de trabajo y planeación de formación.
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, dando cumplimiento sobre la programación.
Logística de préstamo de computadores para la formación de las fichas asignadas reportando si se presenta alguna novedad.

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

SONIA GERALDINE MORA TORRES
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,

Firmado digitalmente por MARTHA CECILIA LLANOS ESTUPIÑAN
Fecha: 2026.10.22 16:46:31 -05'00'

MARTHA CECILIA LLANOS ESTUPINAN
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
ORDENADOR DEL GASTO
NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE
INSTRUCTOR G20

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-28, 09:36:20 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084750927

Periodo Cotización 202609 **Periodo Servicio** 202609

Cliente:

PAGADA 2026-09-28

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SONIA GERALDINE MORA TORRES				
Documento	CC 1071549776	**Dirección**	TV 69C #68 B - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0000000		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1071549776		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORA TORRES SONIA GERALDINE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.895.800	230301		16 %	$ 1.895.800	$ 303.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.895.800	$ 237.000	$ 0	14-23	1	0.522 %	$ 1.895.800	$ 9.900	CCF22	2 %	$ 1.895.800	$ 38.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 303.400	$ 0	$ 0	$ 237.000	$ 9.900	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 588.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.
Cel: 310 280 2760 - 321 204 9303
Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 57.897

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULAR

CIIU (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	
MORA TORRES SONIA GERALDINE	FEMENINO	33 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1071549776 (Número)

Cargo: **INSTRUCTURA**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	NO REPORTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR, PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SOBREPESO- ASTIGMATISMO CON CORRECCION*

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:

VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN PSICOMÉTRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA PSICOMETRICA: APROBADA

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 ver ídicas. 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1033765179 - JULIETH ANDREA GARAY

R. M.: 1033765179 **L.S.O.:** 987 DE 27 ENERO 2020

Código de Seguridad

K895Q1W57897

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORA TORRES SONIA GERALDINE

CC: 1071549776



UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS
NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.
Cel: 310 280 2760 - 321 204 9303
Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 06/01/2026
Hora: 08:40:57

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2026-01-06	Sonia Geraldine	Mora Torres	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
33	Femenino	A1	1071549776

Detalles del cuestionario		
Bloque	Resultado	Num. Preguntas
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Transtorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	3	3
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	3	3
16. Aritmética	3	3
17. Transtornos del sueño	3	3
Semejanzas	2	3
20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Transtonos de estado de animo	3	3

Area	Resultado	total Preguntas.	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	14	15	CI 96, Apto

Observaciones

ANDRÉS ARDILA HERRERA
Trastornos Emocionales Y Afectivos
TP202124 - COLPSIC
Firma evaluador

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.
Cel: 310 280 2760 - 321 204 9303
Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com

Código de Seguridad
H895N33T123351



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 123351

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 6 de enero de 2026 07:40:49 a.m.

Nombres y Apellidos: MORA TORRES SONIA GERALDINE CC: 1071549776 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 02/01/1993 Edad: 33 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS Entidad: PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA

GLICEMIA PRE :	84.0mg/dl	**VALOR DE REFERENCIA:** **POBLACIÓN GENERAL:**70.0-110.0mg/dl **NEONATOS PRETERMINO :**25.0-80.0mg/dl **NEONATOS RECIEN NACIDOS A TERMINO:** 30.0-90.0mg/dl

TÉCNICA EXOQUINASA

Nicolas Garay Urbina
CC: 1033800271
Bacteriólogo(a) RP: 1033800271