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	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**99109-743254**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	80.912.385	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	juan2385@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24035532523
IP/Nº de contacto:	0000	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7442933/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**23925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 41.395.599
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.308.623
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 36.796.088

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Servicios en general a persona NO declarante de ren	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.049.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**84954744**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.700	$ 7.500
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 1.016.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 625.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas, a
Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proceso
Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, efici
Colaborar en la planeación, ejecución y evaluación de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias específicas definidas para grupos
Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creación de rutas
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habil
Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualización en el sistema Sofía Plus u otro dispuesto por el Centro de Forma
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas

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

JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA
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,

MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/03/25 09:37:03 USUARIO: SIC - C.C. 80912385

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912385	JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA	DG 48A SUR 13-23 ESTE	3657705	junar0139@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/03/2025	84954744	$427.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	184.000	0		0		0	0	0	0	184.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	235.600	0	0	0	0	0	0		235.600	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	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	184.000	184.000
Pensión	1	235.600	235.600
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	427.300	427.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80912385	JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA		DG 48A SUR 13-23 ESTE	3657705	junar0139@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/03/2025	84954744	$427.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80912385	CARDONA ATEHORTUA JUAN CARLOS	59	0			N	X						X										231001	1.472.000	235.600	0	0	0	0	EPS017	1.472.000	184.000	14-23	1.472.000	1	7.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S

LIC.SSTRe s 14910 de 28-11-2018 de la SDS
NIT. 830.136.321-5

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 31 ene - 2023 **HORA:** 07:05:02
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL.:
Nombre del Trabajador: Juan Carlos Cardona Atehortua
Edad 37 años 3 meses 17días
Documento de identificación: CC Número: 80912385
Cargo INSTRUCTOR SENA

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria : Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometría

Ultimo examen visual			Usa anteojos: no							Bifocal		Progresivo	Filtros	
Frecuencia de uso:	Permanente:		Ocasional		Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?							Si	NO	x
Cirugías	Si		No	X	cuál?									
Accidentes oculares	Si		No	X	cuál?									
S nos síntomas: Asintomático			Disminución visual de cerca		Disminución visual de lejos			Cefaleas		Resequedad ocular				
Ardor ocular		Lagrimeo		Cansancio ocular		Irritación		Fotofobia		Prurito ocular		Salto de renglón		
Antecedentes personales y/o familiares												Trae corrección óptica		

AGUDEZA VISUAL

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L	V.P
O.D.				20/20	20/20
O.I.				20/20	20/20

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

VISION CROMMATICA	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrotacion
O.D: NORMAL	O.D: 40 ARCO	
O.I: NORMAL	O.I:	

REFRACCION					REFRACCION FINAL					AV	
	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	*0.50				O.D:	-			+		
O.I:	+0.50				O.I:	-			+		

Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21 83 - 361 76 12 - 407 35 50
EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelolaya@gmail.com
WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM
Bogotá D.C. Colombia

Powered by CamScanner

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

LIC.SSTRe s 14910 de 28-11-2018 de la SDS
NIT. 830.136.321-5

Interpretación	O.D	O.I.			Interpretación	O.D	O.I.
No requiere correción óptica Defecto refractivo adecuadamente corregido Defecto refractivo inadecuadamente corregido					Defecto refractivo no corregido Gafas no formuladas		

Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR Q DESEMPEÑE.

Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR Q DESEMPEÑE.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

MEDICO

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
Médico Esp. Gerencia SST
Reg. Med. 72173322
Lic. SST 3508 de 19/07/2022

FIRMA _____

NOMBRE_ JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM 72173322

TRABAJADOR

FIRMA _____

NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA

DOCUMENTO 80912385

Huella

Powered by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S

LIC.SSTRe s 14910 de 28-11-2018 de la SDS
NIT. 830.136.321-5

CUADRO HEMATICO

HEMATOCRITO	47 %	37-47%
HEMOGLOBINA	15.9 g %	12-16 g %
RECUENTO LEUCOCITARIO	7.600 mm³	5000-10000 mm³
RECUENTO DIFERENCIAL		
• NEUTROFILOS	55 %	50-70%
• LINFOCITOS	43 %	20 – 40%
• EOSINOFILOS	1%	1-5 %
• MONOCITOS	1%	0-4%
• BASOFILOS	-	-
• CAYADOS	-	-
VS G	5 mm H	

RECUENTO PLAQUETAS

RESULTADO	**VALOR REFERENCIA**
311.000 mm³	150.000 – 450.000/mm³

PERFIL LIPIDICO

.	RESULTADO	RANGO REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	200	**200 mg/dl**
COLESTEROL HDL	**50**	**65 mg/dl**
COLESTEROL LDL	110	**150 mg/dl**
TRIGLICERIDOS	**151**	200 mg/dl

GLICEMIA BASAL

RESULTADO 95 70 110 mg/dL

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

MEDICO

FIRMA

NOMBRE KATHERINE DIAZ GOMEZ

TP 54 1172

TRABAJADOR

FIRMA

NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA

DOCUMENTO 80912385

Huella

Powered by CamScanner

PSICOMETRICO: Normal

	Condiciones evaluadas				
	Riesgo muy alto	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Alteraciones del comportamiento					X
Estado del animo					X
SPA				X	

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (Se recomienda realizar pausas activas y mentales, incluirlo anivele preventivo en el programa de estrés y SST) **(X)**

Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud. **( )**

Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. **( )**

Otras Recomendaciones : 1/ / Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo 3/ Pausa de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4horas(de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidaddos de alimentación. 6/ Control con odontología anua y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavado de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral- 12/Hidratación contante. 9/ Hábitos saludables.

13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riegos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: Normal / **OSTEOMUSCULAR:** Normal / **PSICOMETRICO:** Normal / **MUSCULOESQUELETICO:** Normal / **FONO:**NORMAL / **REMISION A EPS?:** NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sob su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

MEDICO

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
Médico Esp. Gerencia SST
Reg. Med 72173322
Lic. SST 3508 de 19/07/2022

FIRMA _____

NOMBRE_ JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM 72173322

TRABAJADOR

FIRMA _____

NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA

DOCUMENTO 80912385

Huella

Powered by CamScanner