

 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		Octubre de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		55351-946467
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 79.905.187			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: fbarajash@hotmail.com			Número de Cuenta: 22500010375		
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 2024		SI
¿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:					Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.					0,00%
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato: 7628250/2025		Nº Compromiso SIIF 47525		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsees y organizaciones, ejecutando acciones			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/10/2025		Al 02/10/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 306.634	
Número de pago 8				Valor Total del Contrato: \$ 30.970.041	
Valor Bruto Pago:		\$ 306.634,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 306.634		Ninguno		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 \$ 306.634		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 0		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Octubre		Setiembre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		1076326862	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 1.839.804	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 230.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 294.400	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 7.500		\$ 9.700	
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		\$ 53.000			
Renta Exenta 25% \$26.227.473		\$ 0			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 6.668.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 0,00 TARIFA	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
				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 0,00 0,966%	
				0,00 0%	
				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 \$306.634,00	
SON: TRESCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Proveer los medios y herramientas propias necesarias para el cumplimiento de las actividades contratadas, manteniendo autonomía técnica					
Generar informes periódicos sobre el avance de las actividades asignadas y Página programadas en el plan de trabajo incluyendo reporte					
Apoyar actividades de divulgación y promoción de programas de formación, servicios tecnológicos y proyectos de cooperación, tanto dentro					
Asistir a reuniones específicas y comités técnicos cuando sea necesario, participando en la evaluación y seguimiento de aprendizajes					
Documentar y registrar información clave de los aprendices, incluyendo datos básicos e imágenes necesarias (como registros fotográficos)					
Facilitar procesos de inducción y validación de aprendizajes previos, conforme a las directrices definidas por la entidad y los requerimientos					
Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeación de la formación, dirigidos a aprendices con habilidades diversas					
Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activación de rutas de deserción o rutas preventivas asociadas a habilidades					
Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral, garantizando la alineación con los estándares de calidad, eficiencia					
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			 FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.					
			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 VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

Fecha creación reporte: 2025-10-09, 02:49:37 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1076326862

Periodo Cotización:

septiembre de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 202

25 Referencia pago (PIN): 8823520466

PAGADO 09/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA		
Documento	CC79905187	Dirección	CLL 77 N°71-35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3246820075
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	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias AFP	Dias AFP	Dias AFP	Dias AFP	Dias AFP	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 79905187	FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA	59	00	C																	0	30	30	30	9	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.839.804	\$ 294.400	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.839.804	\$ 230.000	0,522	\$ 1.839.804	\$ 9.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 551.942	\$ 11.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 545.200	

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
\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	\$ 551.942	\$ 294.400	\$ 230.000	\$ 9.700	\$ 11.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 545.200	\$ 0	\$ 545.200

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 10608
CLL 76 No 20C - 42 - Barrio Juan XXIII - PBX - 3001509
unirionegro@gmail.com

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79905187-136195

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/02/2025	BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO	
Paciente:	FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA		Identificación:	79905187	
Género:	MASCULINO	Edad: 48	Teléfono:		Móvil: 3246820075
Fecha Nacimiento:	26/08/1976		Cargo:	INSTRUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:	SANITAS S.A.	
Dirección:	CLL 77 N 71 35		Escolaridad:	UNIVERSITARIO	
Empresa:	PARTICULARES				
Empresa en Misión:	PARTICULARES				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (PSICOMETRICO)

En la actualidad el aspirante SI cumple con las características de personalidad requeridas para desempeñar el cargo al cual aspira.

VISIOMETRIA

USO PERMANENTE DE GAFAS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA, CIRUGIA BARIÁTRICA Y NUTRICIÓN EN EPS., USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

GLICEMIA

NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

_ APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: USO DE GAFAS PERMANENTES

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECANICO

PSICOSOCIAL

-Resolucion 2646 del 2008

CARDIOVASCULAR

-

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA

APOYO CONTROL DE PESO-

NUTRICION

-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR: Autorizo al (la) doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar mi examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es), registrado (s) en este documento. El (la) doctor (a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y proposito de examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico ocupacional (es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las prueba (s). Entiendo que la realizacion de esta (as) prueba (as) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen (es). Fui informado de las medidas que tomara la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (as) examen (es) estan completas y son veridicas. Autorizo a la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Luis Eduardo Santacruz R.
Especialista Salud Ocupacional
LIC. 10551 - S.S.B.
R.M. 19466214



Médico Especialista en Salud Laboral
LUIS EDUARDO SANTACRUZ RIVADENEIRA
14687 - 05/12/2017 19466214

Firma y cédula del Paciente
FREDY ANDRES BARAJAS HERRERA
79905187