



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 FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 950810 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 86228-334897 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|---|------------------------|
| Nombres y apellidos: | JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS | Banco a consignar: | BANCO SUDAMERIS COLOMB |
| Cédula de Ciudadanía | 1.032.426.361 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | jmarinor@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 90940058650 |
| 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 | 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: | Ninguno |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | 0,00% |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|--|--------------------|--------|--|---|
| Nº del contrato: | 8547260/2025 | Nº Compromiso SIIF | 101125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 2 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL CONFORME A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA, EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS TÉCN | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|--------------|
| Del | 06/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 7.819.169 |
| Número de pago | 1 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 7.819.169 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 3.832.926,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 3.986.243 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 3.832.926 | 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 | \$ 3.832.926 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | \$ 2.032.636 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Noviembre | Octubre | | | |
|--|--------------|------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 123456 | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.032.636,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.533.170 | \$ 0 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.395.826,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 191.700 | \$ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 245.400 | \$ 0 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | \$ 8.100 | \$ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 32.804,00 | 0,966% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | | | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ 796.784 | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 6.556.868 | \$ 648.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | VALOR A PAGAR | \$3.800.122,00 | |

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|---|
| Impartir formación profesional integral en las fichas de acuerdo a la programación asignada para el IV Trimestre del año |
| Verificar la lista de aprendices asociados a la ruta de aprendizaje, comprobar estado de aprendices en Sofía plus. |
| Plan de trabajo, actas de inicio y diagnóstico a las fichas asignadas en IV Trimestre del año 2025 |
| Verificación de listados de asistencia en formación revisando aprendices que ya no se encuentran en formación o en proceso de deserción |
| Diseño e implementación de la guía de aprendizaje, listas de chequeo, planeación pedagógica, formatos de evaluación, autodiagnóstico |

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplo 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 SEBASTIAN MARIÑO ROJAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

ALIX JOHANA USCATEGUI CIENDUA
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
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

14/11/25 14:31:56 USUARIO: SIC - C.C. 1032426361



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS identificado(a) con CC 1032426361 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 17/09/2020

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: VIVA 1A IPS MARLY

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 4 días del mes 11 del año 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARIÑO ROJAS JUAN SEBASTIAN** identificado(a) con **CC** número **1.032.426.361** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de septiembre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de octubre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS CC 1032426361 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| Datos del contratante | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------|
| Nombres y apellidos o Razón Social | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | |
| Tipo de documento de identificación | NI | Número de documento de identificación | 899999034 |
| Datos del trabajador | | | |
| Fecha de inicio cobertura | 2025-11-06 | Estado de afiliación | Activo |
| Clase de riesgo | 1 | Código Actividad Económica | 1855101 |
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-11-06 | Fecha Fin del Contrato | 2025-12-26 |
| Tipo de vinculación | Independiente | Fecha de retiro | |

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov



Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032426361 realizó el día 12/11/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032426361 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032426361 el día 12/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

CERTIFICA QUE:

JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS,

identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.032.426.361, mantiene un vínculo comercial con esta Entidad a través de la Cuenta de Ahorros No. 90940058650, con fecha de apertura 13 de septiembre de 2024

Se expide a solicitud del cliente, en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de octubre de 2025

Cordialmente,



GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: **PRE-INGRESO**
Certificado de aptitud: 1032426361-970037

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES -
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| Fecha y Lugar: | 28 oct. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | Identificación: | 1032426361 |
| Paciente: | JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS | Teléfono | Móvil: 3138652628 |
| Género | MASCULINO Edad: 36 | EPS: | NO REPORTA |
| Fecha Nacimiento: | 22/01/1989 | ARL: | NO REPORTA |
| Estado Civil: | CASADO(A) | AFP: | PROTECCION S.A. |
| Escolaridad: | PROFESIONAL | Cargo: | INSTRUCTOR |
| Área: No Reporta | | | |
| Correo Electrónico: | juancho16@gmail.com | | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

| | |
|---|--|
| VISIOMETRÍA | SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS Y CERCA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. SE RECOMIENDA USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA |
| EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | SE INDICA DIETA BALANCEADA ESTRUCTIVA Y ACTIVIDAD FISICA MINIMO 5 VECES POR SEMANA DE 1 HORA DE DURACION, BAJAR DE PESO, PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP PROPIOS DEL CARGO, SE SUGIERE USO DE MEDIAS DE COMPRESION ELASTICA DURANTE JORNADA LABORAL, REALIZAR EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE MANERA PERIODICA |
| GLICEMIA | REALIZADO |

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Autorizo a médicos de la institución el acceso a historia clínica.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

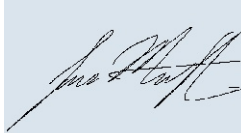
Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Lorena Martinez p.

LORENA MARTINEZ PEREZ
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
LORENA MARTINEZ PEREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52430328
R.M: 25738 - Lic. 21569/2025

Firma y cédula del Paciente
JUAN SEBASTIAN MARIÑO ROJAS
1032426361



MEDILABORAL INFORME PSICOLÓGICO



BOGOTÁ, 4 de noviembre de 2025 5:03 p.m.

IDENTIFICACIÓN: CC. 1032426361
NOMBRE: MARIÑO ROJAS JUAN SEBASTIAN
SEXO: MASCULINO
EDAD: 36 AÑOS
CARGO: INSTRUCTOR
ESTADO CIVIL: SOLTERO
CONDICIÓN: ADULTO
EMPRESA: PARTICULAR

MOTIVO DE CONSULTA: APLICACIÓN TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG

RESULTADOS: EL TRABAJADOR MUESTRA BUEN NIVEL DE ORGANIZACIÓN PERCEPTIVA Y SECUENCIALIDAD LÓGICA EN LA EJECUCIÓN DE LAS FIGURAS, EVIDENCIANDO PLANEACIÓN Y COHERENCIA VISUAL. SU TRAZO ES SEGURO Y DEFINIDO, LO QUE SUGIERE CONFIANZA Y CONTROL EN LA EJECUCIÓN DE TAREAS. DEMUESTRA CREATIVIDAD, ATENCIÓN AL DETALLE Y DISPOSICIÓN PARA CUMPLIR CON INSTRUCCIONES DE FORMA ORDENADA. EL CONTENIDO DE LOS DIBUJOS REFLEJA PENSAMIENTO ESTRUCTURADO, ORIENTACIÓN A RESULTADOS Y CAPACIDAD DE ANÁLISIS VISUAL. A NIVEL EMOCIONAL, LOS TRAZOS Y TEMÁTICAS DENOTAN ESTABILIDAD, INTERÉS POR EL ENTORNO Y CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN ANTE NUEVAS CONSIGNAS.

RECOMENDACIONES: SE RECOMIENDA AL TRABAJADOR PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES DEL CARGO.

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y AC

B. Jerlheyann Duitama M.
Psicólogo SST
T.P. 247359
L.S.S.T. 21011

DR. BRYAN JERLHEYNN DUITAMA MONCADA LIC. 21011 DE 13-01-2025
PSICÓLOGA SST

SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: 744 6346

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

CONFIDENCIAL - este documento es de uso exclusivo de Medilaboral SAS, por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita.

www.medilaboral.com