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 DISEÑO METROLOGÍA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**19337-479396**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.012.375.816	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	juramirezz06@gmail.com	**Número de Cuenta:**	0488406135431
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 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

Nº del contrato:	8999072/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**4826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES: PSP DE CARÁCTER TEMPORAL EN FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y/O ÁREA TEMÁTICA EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, MDAD PRESENCIAL, PROGRAMADAS POR EL CDM PARA LA VIGENCIA 2026.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.006.228
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.585.821
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.268.731

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.522.497**	**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		----------	**66656571**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.837
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.600
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ 412.000	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ 412.000	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 841.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 806.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.522.497,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo 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 Retencion 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	0,000%
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	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INSTRUCCTOR EN LAS AREAS DE FISICA Y MATEMATICAS Servicio Nacional de Aprendizaje

Se realiza diagnostico académico identificando fortalezas y debilidades del estudiantado con el fin de aplicar las estrategias

Se registra Inasistencia de los aprendices en formación presencial en aplicativo Excel de fichas correspondientes:

Se realiza la entrega de la documentación requerida para brindar evidencia de actividades

Se realiza la entrega de la documentación requerida para brindar evidencia de actividades

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



JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

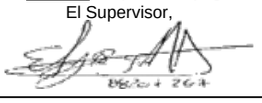
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



EDGAR AURELIO GELVES ALBARRACIN
INSTRUCTOR

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
JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

11/03/26 20:17:05 USUARIO: SIC - C.C. 1012375816

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ
No. Identificación: CC1012375816
Dirección: CALLE 68 CSUR N 79 C 25
Telefono: 2563667
Correo: juramirezz06@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 66656571

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ
Tipo y número de identificación	CC1012375816
Número de planilla	66656571
Fecha pago	2026-03-10
Número de autorización pago	2175960
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	533600
Total Intereses de Mora	1900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9700	1
231001	Colfondos	294100	1
EPS008	Compensar EPS	229800	1

66656571

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012375816
APELLIDOS Y NOMBRES: JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1831837	1831837	1831837	0	229000	0	293100	0	9600	0
EPS008	231001	1831837	1831837	1831837	0	229000	0	293100	0	9600	0

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

JULIAN CAMILO RODRIGUEZ RAMIREZ

C.C 1.012.375.816

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769299995000

COMPENSALUD

IPS E.U. NIT.90339158-6

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA: 17 DE SEPTIEMBRE DE 2025

NOMBRE: JULIAN CAMILO RODRÍGUEZ RAMIREZ CC./ID 1012375816

Tipo de Examen: INGRESO: X PERIÓDICO: TRABAJO EN ALTURAS: x

INFORMACION GENERAL

EMPRESA: INDEPENDIENTE

CARGO: PROFESOR

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	CARDIOVASCULAR NORMAL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
VISIOMETRIA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN A+	**ESTATURA 1.72/PESO: 85 kg**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	N/A		PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR (SI)

Dr. Francisco Javier Gómez Pinilla
Médico Cirujano - U. Nacional
Médico Profesional 11033 Minsalud
Tarjeta Profesional 7972
Registro Médico Distrital
Medicina Ocupacional Cund. Res. 25-2540

FIRMA DEL MÉDICO



FIRMA DEL PACIENTE

CALLE 27 SUR #21-49 OLAYA
CEL WHATSAPP: 3170664902
CORREO: COMPENSALUD.VERIFICACIONES@GMAIL..COM