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 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**22506-188540**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA	**Banco a consignar:**	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	80.176.412	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ivandario84@gmail.com	**Número de Cuenta:**	111020331972
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**	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:	9023279/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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 de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.006.221
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.268.724

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	**$ 2.785.747**	**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		----------	**1080519768**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	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 I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 928.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

PROCESO DE CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO ACADEMICO

ACTUALIZACION Y REVISION DE LA INFORMACION EN LAS PLATAFORMAS

COMUNICACION PERMANENTE CON LOS ESTUDIANTES

CLASES MAGISTRALES CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS COMPETENCIAS

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE ENTREGABLES DE LOS GRUPOS

ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LOS GRUPOS

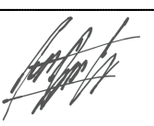
PLANEACION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COMPETENCIAS PLANTEADAS

PARTICIPACION EN LAS REUNIONES DE LA COORDINACION ACADEMICA

SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DADAS POR LA COORDINACION ACADEMICA

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



IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

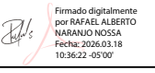
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/03/26 17:27:31 USUARIO: SIC - C.C. 80176412

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-17, 04:02:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080519768

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823993477

PAGADO 16/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA		
Documento	CC80176412	**Dirección**	CR 90A #8 A - 68 INT 4 AP 815
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3228011348
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	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 80176412	IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.895.000	$ 303.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.895.000	$ 236.900	0,522	$ 1.895.000	$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000

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
$ 1.895.000	$ 1.895.000	$ 1.895.000	$ 0	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000	$ 4.700	$ 554.700

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO
0000531035

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 25/01/2025 08:03:07

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA C.C 80175412

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR INSTRUCTOR

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☐	Trigli ☐ Otros ☐
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS MUSCULOESQUELETICO
VALORACION PSICOSOCIAL

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS / MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo E. Salinas E.
Pablo E. Salinas
Medico Especialista
Salud Laboral
CC 1071...
LSO 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No. 19-67 PBX: 2784703 FAX: 2912361Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Clinisur IPS Ltda

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **25/01/2025**

Doc. Identidad: **CC 80176412** Nombre: **IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA** Fecha Nacimiento: **13/02/1964**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **40 años** Ocupación: **INSTRUCTOR**
H.C No. Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa: OCUPACIONAL Cargo: INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión: EPS: E.P.S. SANITAS S.A. ARL:

ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual: Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares: SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y 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:

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD					20/20	20/20
OI					20/20	20/20
AO						

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			*	
OI			*	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	(X)	
Pterigio N	( )	(X)
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	(X)
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO
Ducciones: N Versiones: N PPC: 4CMS

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromatica	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40 ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

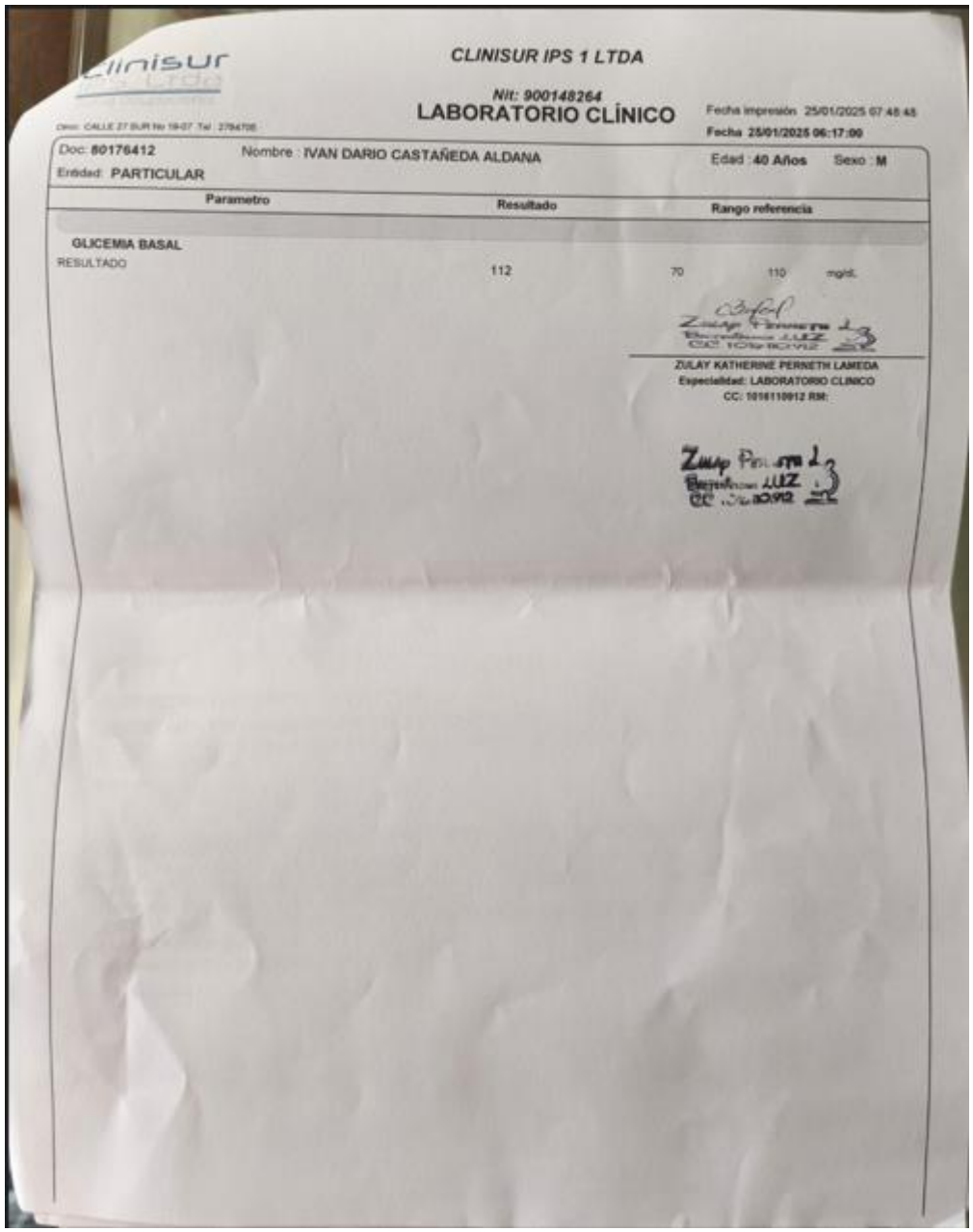
CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

Optometrista



CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 25/01/2025 07:48:45

Fecha 25/01/2025 06:17:00

Doc: 80176412 Nombre : IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA Edad : 40 Años Sexo : M

Entidad: PARTICULAR

Parametro	Resultado	Rango referencia		
GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	112	70	110	mg/dL

ZULAY KATHERINE PERNETH LAMEDA
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1016110912 RM:

Clinisur IPS Ltda.
Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha: 25 de enero de 2025	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Iván Darío Castañeda Aldana	CC: 80176412	Edad:40 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés				X	

Valoración del riesgo

Sin riesgo. No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.	
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 e incluirlo en el programa de estrés y SST que tenga la compañía)	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.	

Daniela Estefanía Gómez Avila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Avila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	20926556	INGRIDT MONICA ALDANA ROLDAN	Madre

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA
C.C. 80176412

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.926.556**

ALDANA ROLDAN

APELLIDOS

INGRIDT MONICA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1966**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-MAY-1984 SILVANIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1513200-00192098-F-0020926556-20091030 **00175**73396A 1 28851677

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL