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	**54775-128538**

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 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:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	905707/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**45626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.637.473
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.899.976

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Servicios en general a persona NO declarante de ren	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	**$ 3.140.497**	**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		----------	**56451853**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.047.000					
Retención en la Fuente Contingente		$		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

Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
"Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, e
"Presentar y entregar los productos pactados en el contrato y/o en el plan de trabajo, incluyendo soportes de aprendizaje derivados de
"Desarrollar acciones de apoyo a la formación profesional conforme al plan de trabajo y la programación previamente concertada para la
Aportar en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y procesos vinculados al contrato, y remitir los informes y soport
"Registrar en Sofía Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula, r
Gestionar el registro de inasistencias y reportar los casos que correspondan (deserción, riesgo, situaciones de convivencia y otras ti
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Sup
Elaborar, actualizar y entregar los ajustes razonables que correspondan, documentando su aplicación y evidencias, para asegurar inclus

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

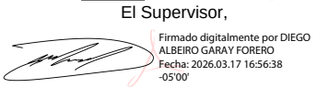
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56451853	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$557.300	

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	240.000	0		0		0	0	0	0	240.000	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	307.200	0	0	0	0	0	0		307.200	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	10.100				10.100	0	0	10.100			101	10.100	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	240.000	240.000
Pensión	1	307.200	307.200
Riesgos Laborales	1	10.100	10.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	557.300	557.300

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56451853	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$557.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	1.920.000	30	307.200	0	0	0	0	EPS017	1.920.000	30	240.000	14-23	1.920.000	30	1	10.100		0	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 06 ene - 2026 **HORA: 08:35:03**
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL.:
Nombre del Trabajador: Juan Carlos Cardona Atehortua
Edad 40 años 2 meses 23 días
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

Interpretación	O.D	O.I.			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 mm^3	5000-10000 mm^3
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 mm^3	150.000 – 450.000/mm^3

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 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