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** | **Abril de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **52698-069064** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | RAÚL CARRILLO TABA | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 80.239.664 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | rtaba@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 480870014069 |
| **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 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** | 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:** | 9057602/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **45726** | **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** | **01/04/2026** | **Al** | **30/04/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 37.899.976 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.374.970 |
| **Valor Bruto Pago:** | | **$ 4.737.497,00** | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 33.162.479 |

## 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** | **$ 3.140.497** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Abril | Marzo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **6010875846** | 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. | $ 2.094.000 | | | 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

Se realizó formación en las IED (2) de las fichas vinculadas a los programas TAA, TTH y TRRHH de acuerdo a programación.

Para este periodo se realizó asesoría pedagógica en la IED José Joaquín Castro Martínez

Para este periodo se realizó seguimiento de etapa productiva en las instituciones educativas: Colegio Técnico Menorah IED (TAA)

Se realizó descargue y envió informe académico Sofía Plus correspondiente al mes de abril 2026.

Para este periodo no se ejecutó esta actividad, ya que no corresponde a la coordinación de articulación con la educación media

Para este periodo no se ejecutó esta actividad, ya que la formación no se realiza en el SENA CGA y subsedes

Se realizó participación en las actividades programadas por Centro de Gestión Administrativa, Coordinación de Integración con la Media

**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



**RAÚL CARRILLO TABA**
**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)**

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
217736339

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
12/04/2026

**Número de aprobación**
00736339

**Dirección IP**
181.61.246.198

**Valor transacción**
$ 550.000,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.80.25.153 | CC | 80239664 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80239664 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RAUL CARRILLO TABA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 29 N 52B-48 SUR | TELÉFONO: | 4691983 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación técnica profesional. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6010875846** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 217736339 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 303.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 303.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 236.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 236.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 550.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 550.000** |

Planilla Pagada

Exisalud IPS
NIT. 901.385.351-0
Servicios Integrales en Salud

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Certificado de aptitud laboral
## Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



**Fecha:** 17/Dic/2025, **Hora:** 08:12:13 a.m.
**Apellido:** CARRILLO TABA **Nombre:** RAUL
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 80239664
**Empresa:** PARTICULAR
**Emp. Usuaria:** PARTICULAR
**Cargo:** INSTRUCTOR
**Direccion:** CLL 29 SUR # 52 B -48
**Telefono:** **Celular:** 3152082302 **Email:** ADMONINSFCO@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - PUENTE ARANDA
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

**HC:** # 88414
**Edad:** 44 años
**Sexo:** Masculino ♂
**Nacim:** 06/Jun/1981

**Rh:** O+

.

### Examenes Realizados

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☑ Visiometría | ☑ Glicemia | ☑ Valoracion psicologica | ☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular |

### Recomendaciones Especificas

**S.V.E.**

* Sve salud visual

**Estilo de Vida Saludable**

* Estilo de vida saludable
* Adecuada dieta y ejercicio

**Medicas**

* Uso de corrección óptica permanente

**Laborales**

* Uso de elementos de proteccion personal
* Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

### Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

### Recomendaciones Personalizadas

Imc:23.05
refiere esquema de vacunacion para covid 19, 3 dosis pfizer
pausas activas osteomusculares dos veces al dia
control anual ocupacional

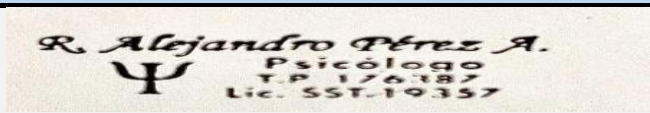
### Observaciones

Se Remite A Valoracion Por Optometria En Su Eps, Para Indicar Formula Visual.

### Consentimiento Informado

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
| 1034320081 | | |
| **Maria luisa perez piña**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 8731 De 22/12/2022<br>**Registro #:** 8731 | | Raul carrillo taba<br>CC 80239664 |

| FECHA DEL EXAMEN | 17/12/2025 11:37 |
|---|---|
| IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud | VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA |
| TIPO DE EXAMEN | VALORACIÓN PSICOLÓGICA |
| DATOS DEL PACIENTE | |
| NOMBRE COMPLETO | Raul Carrillo Taba |
| IDENTIFICACIÓN | 80239664 |
| EDAD | 44 AÑOS |
| EMPRESA | Particular |
| CARGO | Instructor |
| SEXO: | Masculino ♂ |
| CONCEPTO | APTO + |
| VP(A): El candidato se encuentra dentro de un perfil normal, en sus tres esferas mentales y no se evidencia ninguna alteración socio-afectivo-emocional. En entrevista se descartan posibles trastornos. | |
| PSICÓLOGO | FIRMA |
| R. ALEJANDRO PÉREZ ARTEAGA |  |
| TARJETA PROFESIONAL: 176387 | |
| RESOLUCIÓN SST: 19357 DE 08/07/2024 | |

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Visiometria



**Fecha:** 17/Dic/2025, **Hora:** 08:12:13 a.m.
**HC:** # 88414
**Apellido:** CARRILLO TABA **Nombre:** RAUL
**Edad:** 44 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 80239664
**Sexo:** Masculino ♂
**Direccion:** CLL 29 SUR # 52 B -48
**Telefono:** **Celular:** 3152082302 **Email:** ADMONINSFCO@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - PUENTE ARANDA
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | | | | |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | No | | | | |
| Miopía | No | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | No |
| Solo Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Solo Lejos | No |
| Permanentes | No |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | No |

| Evaluacion | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Vision de Lejos SC** | **Vision de Cerca SC** | **VL CC** | **VP CC** | **ADD** |
| O.D. | 20/20 | 0.50 M | No Usa | | |
| O.I. | 20/40 | 1m | No Usa | | |
| A.O. | 20/20 | 0.50 M | No Usa | | |

| Examen Externo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | | **Convergencia** | | |
| Percepcion Anormal | No | | Lejos | No | |
| | | | Cerca | No | |

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |
| Agudeza Visual Normal | X | | X | |

**Patologia de Refraccion**

| | | |
|---|---|---|
| Adecuadamente Corregida | | |
| Inadecuadamente Corregida | | |
| No Corregida | X | X |

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | X | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | X | |

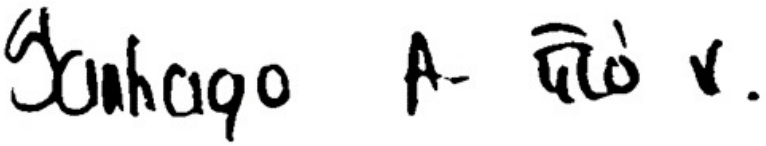
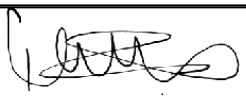
**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

**Recomendaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si X No | Valoracion por Optometria | Si X No | Valoracion por Oftalmologia | Si No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta** Dx: H520, H522. Buenas Condiciones Visuales, Leve Disminución Visual Ojo Izquierdo, Se Recomienda Uso De Lentes, Se Explica Estado Visual, Se Recomienda Control Anual Con Optometría Para Verificar Estado Visual, Se Sugiere Buenas Condiciones De Iluminación En Sitio De Trabajo Y Realizar Pausas Activas Visuales Durante La Jornada Laboral, En Actividades Que Lo Ameriten Hacer Uso De Elementos De Protección Personal, En Actividades Con Uso De Dispositivos O Pantallas Distancia Adecuada De Las Mismas Y Lavado De Manos De Manera Frecuente.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Santiago alberto filo velásquez**<br>Optometra<br>**Lic. de S.O #:** 6268<br>**Registro #:** 11/08/2023 | | Raul carrillo taba<br>CC 80239664 |

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **Raul Carrillo Taba** | **Codigo:** | 88414 |
| **Edad:** | **44 años** | **Fecha:** | **17/12/2025** |
| **Identificación:** | **80239664** | **Sexo:** | **Masculino** |

| Nombre del Examen | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| Glicemia Pre | 85 | mg/dl | 70 a 110 |

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661

CALLE 65 SUR Nº 80A-25PISO 2 TELS: 7781619 / 3059281866 Bosa Centro