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	**14 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**42404-763415**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VICTOR HUGO RUIZ SALAZAR	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.330.154	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	vhruiz4@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0042453316
IP/Nº de contacto:	3212175565	**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	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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9066006/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**15326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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		--------	**9502118923**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.094.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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

Publicación de evidencias y anuncios sobre el material de apoyo a la formación

Formación presencial y sincrónica según asignación académica. Guías de aprendizajes y actividades a través de la plataforma drive de f

Realizar entregables a la coordinación sobre el trimestre de formación. Dejar aprobados los juicios de los aprendices que tuvieron for

Verificar lista de asistencia aprendices en formación de acuerdo con la programación establecida para el trimestre.

Asistir oportunamente a las reuniones determinadas por la Coordinación Académica

Lineamiento del desarrollo del proyecto a la competencia Asignada

Elaboración y retroalimentación de material de apoyo para el proceso de formación asignado de acuerdo a la programación establecida pa

Dar cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Coordinación Académica en pro de apoyar los procesos formativos correspondie

Dar cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Coordinación Académica en pro de apoyar los procesos formativos correspondie

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

VICTOR HUGO RUIZ SALAZAR
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,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.04.14 16:39:40 -05'00'

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)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79330154		RUIZ SALAZAR VICTOR HUGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69A 55A 64 SUR VILLA DEL RIO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138391414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	02118923	9502118923	I	2026/04/15	2026/04/14	BANCO AV VILLAS	0	$592,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$12,000			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$12,000			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$12,000			$2,000,000	$10,500		$0	$0
1	CC 79330154	RUIZ VICTOR	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$250,000	CCF24	30	$2,000,000	$12,000	14-23	30	$2,000,000	$10,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$12,000			$2,000,000	$10,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79330154		RUIZ SALAZAR VICTOR HUGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69A 55A 64 SUR VILLA DEL RIO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138391414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	02118923	9502118923	I	2026/04/15	2026/04/14	BANCO AV VILLAS	0	$592,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$592,500**	**$0**	**$0**	**$592,500**

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldclienteexisalud@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: 21/Ene/2026, **Hora:** 07:30:52 a.m.
HC: # 92520
Edad: 61 años
Apellido: Ruiz salazar
Nombre: Victor hugo
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 79330154
Sexo: Masculino ♂
Rh: O+
Direccion: Cra 69 a#55 a 64 sur
Nacim: 22/Nov/1964
Telefono:
Celular: 3212175565
Correo: Vhrs70@hotmail.com
Estado Civil: Casado
EPS: Compensar
ARL: Positiva
AFP: Porvenir
Estatura: 174 Cm
Peso: 68 Kg
IMC: 22.4
Cargo: Instructor
Ciudad: Bogota d.c. - bosa

Empresa: Particular
CC:
Direccion:
Telefono:
Celular:
Email: Sistema@ipsintegral.com
Emp. Usuaria: Sena

Examenes Realizados

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

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	* Hábitos de vida saludable
Medicas	**Laborales**
* Control eps	* Pausas activas * Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

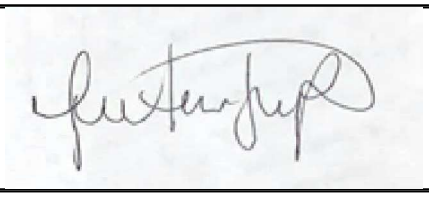
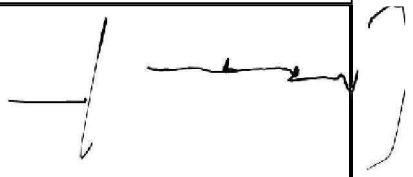
Imc 22.46

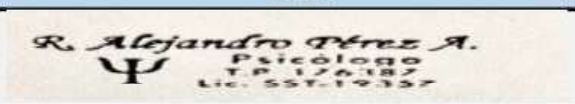
Observaciones

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad
Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

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
		
Maria alejandra jurado ramirez CC 1076622223 Medico especialista sst **Lic. de S.O #:** 1623 **Registro #:** 11/05/2022		Victor hugo ruiz salazar CC 79330154

FECHA DEL EXAMEN	21/01/2026 9:00
IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud	VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA
TIPO DE EXAMEN	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE COMPLETO	Victor Hugo Ruiz Salazar
IDENTIFICACIÓN	79330154
EDAD	61 AÑOS
EMPRESA	Particular
CARGO	Instructor SENA
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	

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

Paciente:	**Victor Hugo Ruiz Salazar**	**Codigo:**	**92520**
Edad:	**61 años**	**Fecha:**	**21/01/2026**
Identificación:	**79.330.154**	**Sexo:**	**Masculino**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	95	mg/dl	70 a 110

ANDREA DEL PILAR CAÑON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661

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

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldclienteexisalud@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: 21/Ene/2026, **Hora:** 07:30:52 a.m.
HC: # 92520
Edad: 61 años
Apellido: Ruiz salazar
Nombre: Victor hugo
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 79330154
Sexo: Masculino
Rh: O+
Direccion: Cra 69 a#55 a 64 sur
Nacim: 22/Nov/1964
Telefono:
Celular: 3212175565
Correo: Vhrs70@hotmail.com
Estado Civil: Casado
EPS: Compensar
ARL: Positiva
AFP: Porvenir
Estatura: 174 Cm
Peso: 68 Kg
IMC: 22.4
Cargo: Instructor
Ciudad: Bogota d.c. - bosa

Empresa: Particular
CC:
Direccion:
Telefono:
Celular:
Email: Sistema@ipsintegral.com
Emp. Usuaria: Sena

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	Si	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				
Pterigion	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.	20/70	1.75 M	No Usa	No Usa	
O.I.	20/50	1.00 M	No Usa	No Usa	
A.O.	20/40	1.00 M	No Usa	No Usa	

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

Interpretacion	Lejos	Cerca

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

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

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

Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal			

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida				
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida	X	X	X	X

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

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

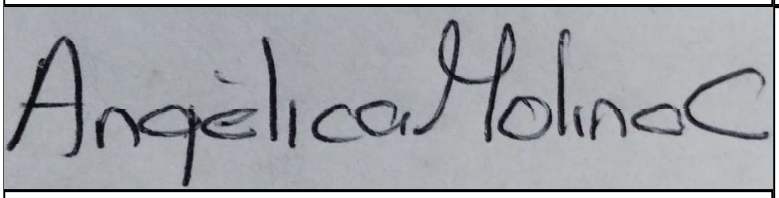
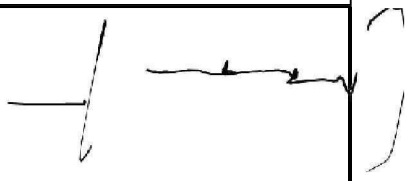
Recomendaciones

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

Paciente Visualmente Apto. Requiere Uso Permanente De Corrección óptica. Se Remite A Cita De Optometría Para Valoracion Y Formulacion De Gafas. Control 1 Año.

Conducta

Dx H527 Ao
*color 7/10
Estereopsis 32 Seg

Firma Medico		Firma Paciente
		
Angelica molina cortes CC 52269491 Optometra sst **Lic. de S.O #:** 8174 De 15/03/2021		Victor hugo ruiz salazar CC 79330154