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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**74470-863444**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.026.301.754	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dcgonzalezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	10078681867
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:	8998485/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17126**	**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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

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	**$ 2.969.697**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6016338508**
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 I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 227.800	
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%	$ 37.927.505	$ 990.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.970.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.969.697,00	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

Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, en
Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando
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, re
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

Daniel Gonzalez

DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO
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: 2026.05.15 11:36:54 -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)

09/05/26 18:37:05 USUARIO: SIC - C.C. 1026301754

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026301754
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 82G BIS 59-62	TELÉFONO:	9999999
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:			**6016338508**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			290971343

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.200	$ 0	$ 303.200
SUBTOTALES:										**$ 303.200**	**$ 0**	**$ 303.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 236.900
SUBTOTALES:													**$ 236.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 236.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 9.900
SUBTOTALES:									**$ 9.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1026301754	GONZALEZ CARRILLO DANIEL CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.894.999				NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.894.999	$ 236.900	$ 0	$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.894.999	102630175	$ 9.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 550.000

Planilla Pagada

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 31-ene.-2025 **HORA** 10:23:10
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Daniel Camilo Gonzalez Carrillo
Edad 26 años 8 meses 15 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1026301754
Cargo CONTRATISTA

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometria
Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL / PERFIL LIPIDICO: NORMAL / HEMOGRAMA: NORMAL /P.O: NORMAL/

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio fisico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal. MUSCULOESQUELETICO: Normal. CARDIOVASCULAR: NORMAL. PSICOSOCIAL: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limita el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial, manejar estilos de vida saludables.
REMISIÓN A EPS?: NO.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"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

Médico

Firma LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM: LIC.SST#3508 de 19-C Lic.SO:

Trabajador

Firma Daniel Gonzalez

Nombre: Daniel Camilo Gonzalez Carrillo

CC N°: 1026301754

Huella

Fecha: 31/01/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1.026.301.754
EDAD: 26 AÑOS

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Resultado	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	79	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	171	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	50*	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	83	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	191*	Enzimático	mg/dL	< 150

PARCIAL DE ORINA

Parámetros:

1. FÍSICO
Color: AMARILLO
Aspecto: LIG. TURBIO

2. QUÍMICO
pH: 5
Densidad: 1030
Nitritos: NEG
Urobilinògeno: NEG
Sangre: NEG
Proteínas: NEG
Cetonas: NEG
Bilirrubina: NEG
Glucosa: NEG
Leucocitos: NEG
Ácido ascórbico: NEG

3. MICROSCÒPICO:
Células epiteliales escamosas: ESCASAS
Células epitelio renal: -
Bacterias: +
Hematíes: 1-3/C
Leucocitos: -
Moco: 2+
Cristales:-
Cilindros: -
Hongos: -

María Carolina Galvis R
Bacterióloga U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

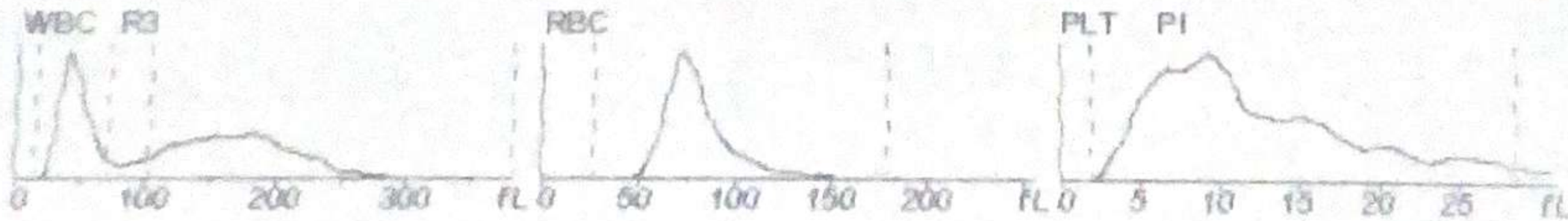
REALIZADO POR:
MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

CUADRO HEMATICO IV

ID: 1026301754 Modo: Completa Hora: 31-01-2025 08:50
Nombre: DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO Sexo: Varón Edad: 26 años
N.° hª clín.: N.° cama: Dept.: LABORATORIO

Parámetro		Result		Rango ref.
WBC		6.8	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		2.5	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.4	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		3.9	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		36.6	%	20.0 - 40.0
Mid%		5.9	%	3.0 - 15.0
Gran%		57.5	%	50.0 - 70.0
HGB	H	19.0	g/dL	12.0 - 16.0
RBC	H	6.12	x 10^12/L	4.00 - 5.50
HCT	H	55.8	%	40.0 - 54.0
MCV		91.3	fL	80.0 - 100.0
MCH		31.0	pg	27.0 - 34.0
MCHC		34.0	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.2	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		43.1	fL	35.0 - 56.0
PLT		151	x 10^9/L	100 - 300
MPV		9.7	fL	6.5 - 12.0
PDW		16.3		9.0 - 17.0
PCT		0.146	%	0.108 - 0.282



Remte.: Analiz.: CAROLINA GALVIS Compr.:

María Carolina Galvis R
Bacteriologa U C M C
R.P. 52.125.928 C N B

Calle 27 sur No 14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddelaplaya@gmail.com
www.servisaludips.com