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	**31072-779191**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.903.954	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	drpardo4@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	03279250001
IP/Nº de contacto:	14464	**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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9020822/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10826**	**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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.422.506
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.685.009

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4649649746**
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		$ -	
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.	$ 3.141.000		
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

Impartir formación de la competencia transversal de cultura fisca en las fichas 3370201, 3491102, 3431106 y 3403537

Se continua con los entrenamientos de voleibol con los aprendices del centro de gestión administrativa para asi incentivar la practica del deporte fortalecer sus habilidades tanto blandas como motrices para mejorar su desempeño laboral y social

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 RICARDO PARDO GUTIERREZ
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: 2026.05.14 09:22:30 -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)

13/05/26 14:14:43 USUARIO: SIC - C.C. 80903954

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80903954
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANSV 1B ESTE # 7A- 08 SUR	TELÉFONO:	7493089
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4649649746**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996711905

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**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 11.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.400**
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:	**$ 561.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 561.400**

Planilla Pagada

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-14

Nombres y apellidos: DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 26/09/1985
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 80903954
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-02-14 / 11:48:19
Fecha salida: 2025-02-14 / 01:13:39



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOSOCIAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DR. TOMAS PERAZA
MEDICO ESPECIALISTA SST
RM 021765 19/20
LICENCIA LSO 18471 06/24

TOMAS HUMBERTO PERAZA BAUTISTA
RM: 1034308048
Firma y sello del médico

DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
CC: 80903954
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-14

Nombres y apellidos: DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 26/09/1985
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 80903954
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-02-14 / 11:48:19
Fecha salida: 2025-02-14 / 01:13:39



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

DR. TOMAS PERAZA
MÉDICO ESPECIALISTA SST
RM 021755 11720
LICENCIA LBO 10471 08/24

TOMAS HUMBERTO PERAZA BAUTISTA
RM: 1034308048
Firma y sello del médico

DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
CC: 80903954
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

PSICOSOCIAL

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:** Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-14

CC: 80903954
Nombres y apellidos: DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 26/09/1985
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 14/02/2025
Fecha salida: 14/02/2025
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO: CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS. • SE PRESENTA ALTA INCIDENCIA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LA ESCALA DE CONTROL.

OBSERVACIONES: DE ACUERDO CON TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL, POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA. NOTA: ESTA PRUEBA CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

Erika Maria Montero Gil
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
U.P.T.C.
Lic. Mod. 7424 de 2016

ERIKA. MONTERO.
RM: N/A
Firma y sello del médico

DANIEL RICARDO PARDO
GUTIERREZ
CC: 80903954
Firma del paciente

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:** Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-14

CC: 80903954
Nombres y apellidos: DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 26/09/1985
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 14/02/2025
Fecha salida: 14/02/2025



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	84	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Angélica María Botía Ávila
Bacteriología y Lab. Clínico
UNIVERSIDAD C M C
TP 1090449574

ANGELICA MARIA BOTIA AVILA
RM: 1090449574
Firma y sello del médico

Cendiatra

VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:** Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2025-02-14

CC: 80903954
Nombres y apellidos: DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 26/09/1985
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 14/02/2025
Fecha salida: 14/02/2025
Teléfono acompañante:



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	LENTES PERMANENTES, UCL 15 DIAS
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES:	

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/20	CC
OJO DERECHO:	20/25	CC
OJO IZQUIERDO:	20/25	CC
ESTENOPEICO:		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:	ORTHO
COVER TEST VP:	ORTHO
OBSERVACIÓN:	

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:	NORMAL

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:	40

CAMPIMETRIA
CAMPIMETRIA:

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2: OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: CONTINUAR EL USO PERMANENTE DE SUS LENTES, CONTROL ANUAL.

EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:

Sandra M. García Sánchez
Optómetra Especialista SST
Reg. 35252428 Res. 1543472016

SANDRA GARCIA SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico

DANIEL RICARDO PARDO GUTIERREZ
CC: 80903954
Firma del paciente