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	**31923-566425**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LAYONNEL SARMIENTO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.013.655.417	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lsarmiento@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	03267650615
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**	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:	8961614/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**14926**	**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	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**77266717**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900	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%	$ 37.927.505	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

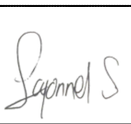
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisar respuesta de comunicaciones
Reversar juicios
Verificación y ctualización de datos - rol agente GAE
Seguimiento a la programación de los isntructores del centro de formación
asistencia a reuniones

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



LAYONNEL SARMIENTO
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,



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)

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	1013655417	LAYONNEL SARMIENTO	CRR 22 I 63A 24SUR	7152247	layonnel1013@gmail.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
		77266717	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,894,999	$587.900	

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	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.900	0	0	37.900	1

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	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	587.900	587.900

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	1013655417	LAYONNEL SARMIENTO	CRR 22 I 63A 24SUR	7152247	layonnel1013@gmail.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
		77266717	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1,894,999	$587.900	

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	Excarcelado	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 1013655417	SARMIENTO LAYONNEL	59	0			N																	230301	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS017	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900	CCF24	1.894.999	30	37.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria:	CONSUMIDOR FINAL		
Sector Económico:	NO DEFINIDA	Mision en:	
Nombre Del Trabajador:	LAYONNEL SARMIENTO	N. de hijos:	0
Documento:	CC - 1013655417	Edad:	30
Estado civil:	SOLTERO(A)	Género:	MASCULINO
Ocupación:	INSTRUCTOR	Teléfono:	3232888816
Escolaridad:	Superior	Municipio:	BOGOTA D.C. (SANTA FE DE BOGOTA D.C.)
Dirección:	CR 22 I N 63 A 24 SUR	AFP:	PORVENIR
EPS:	FAMISANAR	ARL:	NO DEFINIDA

RECOMENDACIONES GENERALES

De acuerdo con el Examen ocupacional de INGRESO realizado a LAYONNEL SARMIENTO con documento de identificación No. 1013655417 se considera CUMPLE PARA EL CARGO para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR del sector económico NO DEFINIDA

ENFASIS DE EXAMEN OCUPACIONAL DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el examen médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares, extremidades y columna (conforme a la Resolución 1843 de 2025, Artículo 9° del Ministerio de Salud y protección Social), después de su evaluación ocupacional, se concluye que: NO PRESENTA RESTRICCION OSTEOMUSCULAR AL MOMENTO DEL EXAMEN OCUPACIONAL REALIZADO.

MÉDICO: 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.

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Uso adecuado de los elementos de proteccion personal de acuerdo al cargo
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Practicar buenos habitos y estilo de vida saludable: dieta balanceada, realizar actividad fisica,evitar el consumo de bebidas embriagantes,cigarrillo y sustancias psicoactivas, higiene del sueño.
No manipular peso superior de forma individual a lo establecido (resolución 2400 de 1979).MUJERES:carga desde el piso 12.5kg hombros 20kg HOMBRES: desde el piso 25kg en hombros 50kg.
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Acatar las normas de seguridad y salud en el trabajo y reglamento de higiene y seguridad de su empresa
Realizar pausas saludables durante la jornada laboral
Hidrátese constantemente para evitar que las cuerdas vocales se resequen
Control Optómetra anual.

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
Medico Esp. Gerencia SST
Reg.Med.72173322
Lic. SST 3508 de 19/07/2022

JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	LAYONNEL SARMIENTO	
Registro Médico : 72173322 Licencia S.O. 3508 DE 19-07-2022	CC - 1013655417	Firma SST
Medico Especialista en Salud Ocupacional		



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria:	CONSUMIDOR FINAL		
Sector Económico:	NO DEFINIDA	Mision en:	
Nombre Del Trabajador:	LAYONNEL SARMIENTO	N. de hijos:	0
Documento:	CC - 1013655417		12/01/1995 Edad: 30
Estado civil:	SOLTERO(A)	Género:	MASCULINO
Ocupación:	INSTRUCTOR	Teléfono:	3232888816
Escolaridad:	Superior	Municipio:	BOGOTA D.C. (SANTA FE DE BOGOTA D.C.)
Dirección:	CR 22 I N 63 A 24 SUR	AFP:	PORVENIR
EPS:	FAMISANAR	ARL:	NO DEFINIDA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Visiometría: Normal. Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual que corrige correctamente con uso de lentes. Debe usar lentes para su labor. control optométrico anual.
- Audiometría: No realizada.
- Espirometría Computarizada: No realizada.

EXAMENES DE LABORATORIO

GLUCOS 07/01/2026 NORMAL

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

Visual ☐ Auditivo ☐ Biomecánico ☐ Psicosocial ☐ Cardiovascular ☐ R. Biológico ☐ Respiratorio ☐ Químico ☐ Voz ☐ Físico ☐

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

De acuerdo con el Examen ocupacional de INGRESO realizado a LAYONNEL SARMIENTO con documento de identificación No. 1013655417 se considera CUMPLE PARA EL CARGO para desempeñar la ocupación de INSTRUCTOR del sector económico NO DEFINIDA

ENFASIS DE EXAMEN OCUPACIONAL DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el examen médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares, extremidades y columna (conforme a la Resolución 1843 de 2025, Artículo 9° del Ministerio de Salud y protección Social), después de su evaluación ocupacional, se concluye que: NO PRESENTA RESTRICCION OSTEOMUSCULAR AL MOMENTO DEL EXAMEN OCUPACIONAL REALIZADO.

MÉDICO: 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.

RECOMENDACIONES GENERALES

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Uso adecuado de los elementos de proteccion personal de acuerdo al cargo
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Practicar buenos habitos y estilo de vida saludable: dieta balanceada, realizar actividad fisica,evitar el consumo de bebidas embriagantes,cigarrillo y sustancias psicoactivas, higiene del sueño.
*No manipular peso superior de forma individual a lo establecido (resolución 2400 de 1979).MUJERES:*carga desde el piso 12.5kg hombros 20kg HOMBRES: desde el piso 25kg en hombros 50kg.

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

TU SALUD, NUESTRA PRIORIDAD

Dirección: CL 27 SUR 14 43 Bogotá, Colombia

REPORTE DE PRUEBA DE LABORATORIO CLINICO

Fecha de Impresión : 07/01/2026 10:09:41

PACIENTE : LAYONNEL SARMIENTO

DIRECCION : CR 22 I N 63 A 24 SUR

DOCUMENTO : CC - 1013655417 SEXO : MASCULINO

F.NACIMIENTO : 12/01/1995 EDAD : 30 Años - 11 Meses - 26 Dias

TELEFONO : 3232888816

SECCION : QUÍMICA SANGUÍNEA

CONSECUTIVO : 245

EXAMEN : GLICEMIA

FECHA ADMISION : 07/01/2026 10:09

ESTADO : EXAMEN VALIDADO

FECHA VALIDACIÓN : 07/01/2026 10:09

Cod.	Nombre del Analito	Resultado 1	Unidades	Ref. Inf.	Ref. Sup.	
GL001	GLICEMIA	96	mg/dL	0.00	0.00	VALORES DE REFERENCIA : 70 - 110

BACTERIOLOGO

JOSE MIGUEL HERNANDEZ VARGAS

Registro Médico : 1233343016