

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		56946-216362				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		CESAR HUMBERTO CUELLAR QUESADA		Banco a consignar: DAVIVIENDA					
Cédula de Ciudadanía		14.223.636		Tipo de cuenta: AHORROS					
Correo electrónico:		humbertococq@gmail.com		Número de Cuenta: 7700707339					
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:		9019426/2026	Nº Compromiso SIIF	23726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6			
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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:		\$ 10.422.493		
Número de pago		4		Valor Total del Contrato:		\$ 24.634.984			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 5.684.996			
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		-----		9503611874		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% \$20.687.730		\$ 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									
1. Impartir Formación Profesional Integral a las fichas asignadas, garantizando eficiencia y excelencia.									
2. Verificar entregables asignados a cada grupo GAES.									
3. Analizar las necesidades del mercado laboral para actualizar programas de formación.									
4. Participar en el desarrollo de estrategias formativas orientadas al cumplimiento de las competencias del programa.									
5. Orientar procesos de formación relacionados con la evaluación de solicitudes financieras.									
6. Apoyar en el proceso de aprendizaje y el cumplimiento de competencias de los aprendices.									
7. Supervisar el desempeño de los aprendices en el desarrollo de actividades y talleres.									
8. Aprobar resultados de aprendizaje en el aplicativo Sofía Plus.									
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									
						CESAR HUMBERTO CUELLAR QUESADA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						 <div>Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA Fecha: 2026.05.15 16:30:04 -05'00'</div>			
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.									
						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)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14223636		CUELLAR QUESADA CESAR HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 78 k # 39-59 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4038718	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	304243583		9503611874	I	2026/05/12	2026/05/13	BANCO DAVIVIENDA	\$639,100

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0
1	CC	14223636	CUELLAR CESAR	25-14	30	\$2,200,000	\$352,000	EPS017	30	\$2,200,000	\$275,000	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,200,000	\$11,500	0
Total Afiliados(1)					\$2,200,000	\$352,000			\$2,200,000	\$275,000			\$0	\$0			\$2,200,000	\$11,500	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14223636		CUELLAR QUESADA CESAR HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 78 k # 39-59 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4038718	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	304243583	9503611874	I	2026/05/12	2026/05/13	BANCO DAVIVIENDA	1	\$639,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,000	\$300	\$0	\$352,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$352,000	\$300	\$0	\$352,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,500	\$100	\$0	\$11,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,500	\$100	\$0	\$11,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$275,000	\$200	\$0	\$275,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$275,000	\$200	\$0	\$275,200	
TOTAL				1	\$638,500	\$600	\$0	\$639,100	



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.035

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CUELLAR QUESADA CESAR HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	66 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC	14223636
Cargos				Tipo			
CONTRATISTA				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				ANEXO OSTEOMUSCULAR			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				✓	GLICEMIA EN AYUNAS		
ANEXO OSTEOMUSCULAR				✓	PRUEBAS PSICOMETRICAS		
VISIONOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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 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 leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
<p>Firma: </p> <p>Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA</p> <p>R. M.: 53164665</p>				<p>Firma: </p> <p>Nombre: CUELLAR QUESADA CESAR HUMBERTO</p> <p>CC: 14223636</p>			
<p>L.S.O.: 15078 - 17/12/2021</p> <p>Código de Seguridad</p> <p>A860G1M22035</p>							