

 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		Julio de 2026					
			Versión		ENERO - 1,26					
			ID de Proceso		40343-629614					
DATOS DEL CONTRATISTA										
Nombres y apellidos:		ALEXANDER CAÑON ORTEGON		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía		79.612.550		Tipo de cuenta:		AHORROS				
Correo electrónico:		acanono@sena.edu.co		Número de Cuenta:		10827948859				
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:		8997463/2026		Nº Compromiso SIIF	7126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11			
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		01/07/2026		Al		31/07/2026				
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 26.056.233				
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718				
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 21.318.736				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO										
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		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		\$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR										
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.785.747,00	TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		93.023.441		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		\$ 473.750				Otras Retenciones		0,00	0,000%	
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 928.000				0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.640.000								
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				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										
Impartí Formación Profesional integral en ambiente de aprendizaje.										
Elaboré la planeación y explicación de las entregas de cada uno de los productos estipulados en el contrato.										
Presentación De Proyecto Realicé la debida Coordinación con cada uno de los aprendices en los procesos de enseñanza aprendizaje, con o										
Gestioné oportunamente el sistema de Sofia Plus, las actividades necesarias para desarrollar el proceso de la formación integral										
Comuniqué a la Coordinación el respectivo registro de inasistencias y así reportar casos para la activación de ruta de deserción o rut										
Dí cumplimiento con la entrega oportuna de la planeación de la formación dirigido a aprendices con habilidades diversas.										
Elaboré de datos para evidenciar documentación del proceso de formación de los aprendices por medio de registros fotográficos necesari										
Garanticé el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados.										
Efectúe y presenté informes periódicos sobre el avance de las actividades programadas en el plan de trabajo.										
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										
ALEXANDER CAÑON ORTEGON EL CONTRATISTA										
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO										
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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)										

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79612550	ALEXANDER CAÑON ORTEGON		Calle 3 sur No. 69d-34 Casa 38	6014143303	icoalex3@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93023441	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,501,810	\$1.086.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	437.800	0		0		0	0	0	0	437.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	560.300	0	0	0	0	0	0		560.300	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	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	70.100	0	0	70.100	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	437.800	437.800
Pensión	1	560.300	560.300
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	1	70.100	70.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.086.500	1.086.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93023441	09/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,501,810	\$1,086,500	

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Soldado	Extranjero	Columna anterior Examinado	IMA	TIC	TAE	TAP	VGP	VST	SEA	DSE	LMA	VAC	AVP	VCT	RIL	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 ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79612550	CAÑON ORTEGON ALEXANDER	59	0		N															25-14	3.501.810	30	560.300		0	0	0	EPS008	3.501.810	30	437.800	14-23	3.501.810	30	1	18.300	CCF24	3.501.810	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2025-01-29

Nombres y apellidos: ALEXANDER CAÑON ORTEGON
Fecha de nacimiento: 22/04/1971
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 79612550
Edad: 53 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-29 / 07:47:47
Fecha salida: 2025-01-29 / 12:31:57

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOSOCIAL

- VISIOMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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.


M^{ca}. Sofia Cruz Rodriguez
Médico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. N° 1778128284

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
RM: 52313999
Firma y sello del médico



ALEXANDER CAÑON ORTEGON
CC: 79612550
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-01-29

Nombres y apellidos: ALEXANDER CAÑON ORTEGON
Fecha de nacimiento: 22/04/1971
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INSTRUCTOR

CC: 79612550
Edad: 53 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-01-29 / 07:47:47
Fecha salida: 2025-01-29 / 12:31:57



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL


Maria Sofia Cruz Rodriguez
Médico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. N° 1770120204

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
RM: 52313999
Firma y sello del médico



ALEXANDER CAÑON ORTEGON
CC: 79612550
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	20334249	María. Gladys Ortegón Sánchez	Madre
------	----------	-------------------------------	-------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

ALEXANDER CANON ORTEGON
C.C. 79612550

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **20.334.249**

ORTEGON SANCHEZ

APELLIDOS

MARIA GLADYS

NOMBRES



Maria Gladys Ortegon Sanchez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

08-MAY-1941

LIBANO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

O+

F

ESTATURA

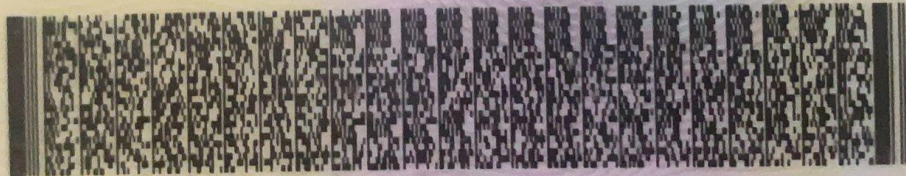
G.S. RH

SEXO

06-FEB-1965 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00941201-F-0020334249-20170929

0057597400A 3

9910150262

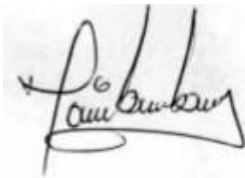
MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICACION

A QUIEN INTERESE

Yo MARISOL SANDOVAL SANCHEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.206.145 de Bogotá, debidamente registrado ante la Junta Central de Contadores, me permito certificar que la Señora **MARÍA GLADYS ORTEGÓN SÁNCHEZ** identificada con C.C. No. 20334249 de Líbano Tolima, adulta mayor de 83 años, en la actualidad depende económicamente de su hijo ALEXANDER CAÑÓN ORTEGÓN Identificado con C.C. No. 79612550 de Bogotá, esto de acuerdo con los documentos suministrados por el señor ALEXANDER CAÑÓN ORTEGÓN

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá, por solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de Enero de dos mil veintiséis (2026) para ser presentada ante el SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA". Y es válida para la vigencia 2026



MARISOL SANDOVAL SANCHEZ

C.C. No. 52.206.145

CON TADOR PÚBLICO TITULADO

TP No. 97532-T

CONTADOR PUBLICO UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

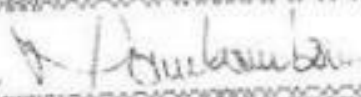
97532-T

MARISOL
SANDOVAL SANCHEZ
C.C. 52206145
RESOLUCION INSCRIPCION 258 FECHA 2003/12/11
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA



PRESIDENTE
BENJAMIN LOPEZ ARELLANO GAY

107336



FIRMA DEL TITULAR 017050

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de
Contadores

