

 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		38510-440433	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía		80.912.385		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		juan2385@misena.edu.co		Número de Cuenta:		24035532523
IP/N° de contacto:		0000		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:						Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
N° del contrato:		9057071/2026		N° Compromiso SIIF		45626
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10
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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 23.687.485
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.374.970
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 18.949.988
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		\$ 3.140.497		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
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		93318391		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - BOGOTÁ
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 34.479.550		\$ 1.047.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.235.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						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, e						
"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 Sofia Plus las novedades definidas para el proceso, garantizando oportunidad y consistencia en los datos de matrícula, r						
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						
Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizand						
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						
JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA 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,						
DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO INSTRUCTOR G20						
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	80912385	JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA		DG 48A SUR 13-23 ESTE	3657705	junar0139@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318391	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$551.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	237.500	0		0		0	0	0	0	237.500	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
231001	Colfondos	800227940-6	304.000		0	0	0	0	0	0		304.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.000					10.000	0	0	10.000			100	10.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

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	237.500	237.500
Pensión	1	304.000	304.000
Riesgos Laborales	1	10.000	10.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	551.500	551.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93318391	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$551.500	

[illegible]

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 06 ene - 2026 **HORA:** 08:35:03
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL.:
Nombre del Trabajador: Juan Carlos Cardona Atehortua
Edad 40 años 2 meses 23 días
Documento de identificación: CC Número: 80912385
Cargo INSTRUCTOR SENA



APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
Audiometría : Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometría

Ultimo examen visual		Usa anteojos: no		Bifocal		Progresivo		Filtros	
Frecuencia de uso: Permanente:		Ocasional		Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?		Si		NO x	
Cirugías Si		No x		cuál?					
Accidentes oculares Si		No x		cuál?					
S nos síntomas: Asintomático		Disminución visual de cerca		Disminución visual de lejos		Cefaleas		Resequedad ocular	
Ardor ocular		Lagrimo		Cansancio ocular		Iritación		Fotofobia	
						Prurito ocular		Salto de renglón	
Antecedentes personales y/o familiares								Trae corrección óptica	

AGUDEZA VISUAL
LENSOMETRIA

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L	V.P
O.D.				20/20	20/20
O.I.				20/20	20/20

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

VISION CROMMATICA		Visión de profundidad				Campo visual por vonfrotacion					
O.D: NORMAL		O.D: 40 ARCO									
O.I: NORMAL		O.I:									
REFRACCION					REFRACCION FINAL					AV	
	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	*0.50				O.D:		-		+		
O.I:	+0.50				O.I:		-		+		

Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21 83- 361 76 12- 407 35 50

 EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelelola@gmail.com
WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM

Bogotá D.C. Colombia

Interpretación	O.D	O.I.	O.D	O.I.
No requiere corrección óptica			Defecto refractivo no corregido	
Defecto refractivo adecuadamente corregido			Gafas no formuladas	
Defecto refractivo inadecuadamente corregido				

Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR Q DESEMPEÑE.

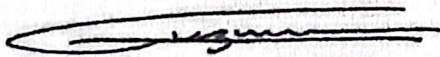
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR Q DESEMPEÑE.

"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"

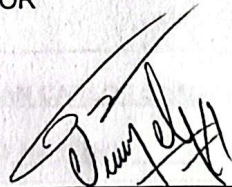
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

MEDICO

TRABAJADOR



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



FIRMA

FIRMA

NOMBRE JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA

RM 72173322

DOCUMENTO 80912385



Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21.83 - 361 76 12 - 407 35 50

EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelolaya@gmail.com

WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM

Bogotá D.C. Colombia

CUADRO HEMATICO

HEMATOCRITO	47 %	37-47%
HEMOGLOBINA	15.9 g %	12-16 g %
RECuento LEUCOCITARIO	7.600 mm ³	5000-10000 mm ³
RECuento DIFERENCIAL		
• NEUTROFILOS	55 %	50-70%
• LINFOCITOS	43 %	20 - 40%
• EOSINOFILOS	1%	1-5 %
• MONOCITOS	1%	0-4%
• BASOFILOS	-	-
• CAYADOS	-	-
VS G	5 mm H	
RECuento PLAQUETAS		
RESULTADO		VALOR REFERENCIA
311.000 mm ³		150.000 - 450.000/mm ³

PERFIL LIPIDICO

	RESULTADO	RANGO REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	200	200 mg/dl
COLESTEROL HDL	50	65 mg/dl
COLESTEROL LDL	110	150 mg/dl
TRIGLICERIDOS	151	200 mg/dl

GLICEMIA BASAL
RESULTADO

95

70 110 mg/dL

"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

MEDICO

TRABAJADOR

FIRMA

FIRMA

NOMBRE KATHERINE DIAZ GOMEZ

NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA

TP 54 1172

DOCUMENTO 80912385

Huella

Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 21 83 - 361 76 12 - 407 35 50

EMAIL: servisaludagenda@gmail.com servisaluddebolaya@gmail.com

WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM

Bogotá D.C. Colombia

PSICOMETRICO: Normal

	Condiciones evaluadas			
	Riesgo muy alto	Riesgo medio	Riesgo alto	Riesgo Bajo Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X
Alteraciones del comportamiento				X
Estado del animo				X
SPA				X

Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (Se recomienda realizar pausas activas y mentales, incluirlo anivele preventivo en el programa de estrés y SST) (X)

Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud. ()

Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. ()

Otras Recomendaciones : 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo 3/ Pausa de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4horas(de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados de alimentación. 6/ Control con odontología anua y con medicina general anual por EPS. 7/ Técnica de lavado de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas. 8/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral- 12/Hidratación contante. 9/ Hábitos saludables.

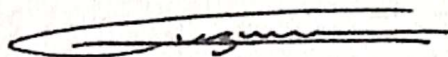
13/ Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riegos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS

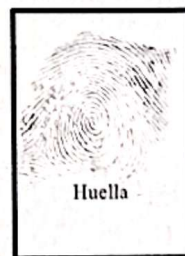
MEDICO: Normal / **OSTEOMUSCULAR:** Normal / **PSICOMETRICO:** Normal / **MUSCULOESQUELETICO:** Normal /
FONO:NORMAL / **REMISION A EPS?:** NO

"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

MEDICO
TRABAJADOR

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

FIRMA
NOMBRE JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM 72173322

FIRMA
NOMBRE JUAN CARLOS CARDONA ATEHORTUA
DOCUMENTO 80912385


Calle 27 Sur No. 14-43 Teléfono: 300 294 35 55 PBX: 209 2183 - 361 76 12 - 407 35 50

 EMAIL: servisaludagenda@gmail.com, servisaluddelelola@gmail.com
WWW.SERVISALUDOCUPACIONAL.COM

Bogotá D.C. Colombia