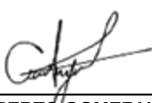


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11
			Código Centro		940410
			Fecha Elaboración		Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
			ID de Proceso		68217-783652
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 1.024.564.600			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: cagomez@sena.edu.co			Número de Cuenta: 0550004900158389		
IP/Nº de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA: NO		
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: 9013224/2026		Nº Compromiso SIIF 52626		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 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		Saldo Anterior del Contrato: \$ 26.056.233	
Número de pago 5				Valor Total del Contrato: \$ 42.005.806	
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00				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 \$ 3.140.497		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Julio		Junio	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		9506413851	
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% \$34.479.550		\$ 1.047.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.448.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.140.497,00	
				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					
Contribuir a la aplicación de los principios del Proyecto Educativo/Institucional en los productos y recursos entregables, armonizando					
Aplicar los lineamientos vigentes del Reglamento del Aprendiz y demás directrices institucionales aplicables al objeto contractual, er					
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 suport					
Verificar la coherencia de la información de aprendices y sus contactos, incluidos datos de acudientes y emergencia, e informar al Sup					
Registrar y documentar la información relevante de aprendices requerida para la trazabilidad del proceso, garantizando reserva y el cu					
Cumplir las disposiciones de protección de datos personales aplicables, de conformidad con el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la Ley 15					
Aplicar las disposiciones vigentes en gestión documental relacionadas con el objeto, utilizando los instrumentos institucionales (proc					
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					
			CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS 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;					
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.			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 GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1024564600		GOMEZ VARGAS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 59 No. 73 g 52 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7787156	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	459070091	9506413851	I	2026/07/02	2026/07/07	BANCO DAVIVIENDA	5	\$552,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0	
1	CC	1024564600	GOMEZ CARLOS	230301	30	\$1,895,200	\$303,300	EPS002	30	\$1,895,200	\$236,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,895,200	\$9,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,895,200	\$303,300			\$1,895,200	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,200	\$9,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024564600		GOMEZ VARGAS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 59 No. 73 g 52 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7787156	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	459070091		9506413851	I	2026/07/02	2026/07/07	BANCO DAVIVIENDA	\$552,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,300	\$1,200	\$0	\$304,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,300	\$1,200	\$0	\$304,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$900	\$0	\$237,800	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$236,900	\$900	\$0	\$237,800	
TOTAL				1	\$550,100	\$2,200	\$0	\$552,300	



Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

GOMEZ VARGAS CARLOS ALBERTO

CC 1024564600

PERFIL:

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.145.96.119
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9506413851
Valor:	552,300
Período de pago:	2026-06
No Transacción (CUS):	459070091
Fecha:	2026/07/07
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9506413851
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.



SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:

Ingreso ☒

Periódico ☐

Retiro ☐

Post incapacidad ☐

Caso ocupacional ☐

Control ☐

Reubicación ☐

Ingreso al SVE ☐

Trabajo en alturas ☐

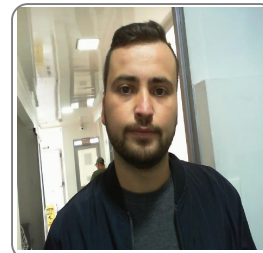
DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/02/2025 11:00:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS**

Cargo **INSTRUCTOR (A) SST**

Doc. Identidad **CC 1024564600**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL

2 ENFASIS OSTEOMUSCULAR

3 OPTOMETRIA

4 AUDIOMETRIA SOD

5 GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO
FLUIDO DIFERENTE A ORINA

6 TEST PSICOLOGICO

7

8

9

EXAMEN DE INGRESO

SI

NO

NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo

☒

☐

☐

☐

Aplazado

☐

☐

☐

☐

Apto con restricciones

☐

☐

☐

☐

Apto para trabajar en alturas

☐

☐

☐

☐

Apto para trabajar en espacios
confinados

☐

☐

☐

☐

Apto para Trabajar con equipos de
suministro de aire o autocontenido

☐

☐

☐

☐

Apto para participar en la brigada

☐

☐

☐

☐

Apto para el requerimiento del cargo
de la empresa o contratista

☐

☐

☐

☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI

NO

Apto para continuar desempeñando el
cargo sin limitaciones

☐

☐

Requiere restricciones de actividades

☐

☐

Requiere reubicación laboral temporal

☐

☐

Requiere reubicación laboral permanente

☐

☐

Apto para trabajar en alturas

☐

☐

Apto para trabajar en espacios confinados

☐

☐

Apto para trabajar en alturas

☐

☐

EXAMEN DE RETIRO

SI

NO

Sospecha de enfermedad Profesional

☐

☐

Secuelas de Accidentes de Trabajo

☐

☐

Enfermedad Común

☐

☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐

Auditivo ☐

Respiratorio ☐

Cardiovascular ☐

Psicosocial ☐

Ergonómico ☐

Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐

NO ☒

ARL

SI ☐

NO ☒

EPS

SI ☐

NO ☒

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR

SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS QUE MANTENGA UN PESO SALUDABLE, MANEJO DE ESTRÉS QUE MEJORE CARGA LABORAL

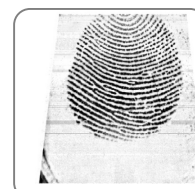
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS
CC 1024564600

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO Y/O CELULAR

INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE LE LIMITE TRABAJAR

TRABAJO CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL

ADECUADOS HABITOS POSTURALES PARA CONSERVAR EN BUEN ESTADO LA COLUMNA

CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS

QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

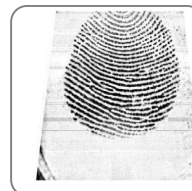
SOLANDY E. ORTIZ
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Carlos Alberto Gomez Vargas

Trabajador: CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS
CC 1024564600

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica