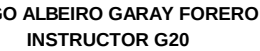


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		940410	
			Fecha Elaboración		15 de Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		71156-349406	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		CARLOS ALBERTO GARCIA ROZO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.014.202.048		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		cgrozo@sena.edu.co		Número de Cuenta:		17527073794
IP/N° de contacto:		3183868356		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						
N° del contrato:		9103068/2026		N° Compromiso SIIF		48826
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población campesina, aportando al fortalecimiento de la economía popular, familiar, étnica y comunitaria, en concordancia con				
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		\$ 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		-----		92784825		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%		\$ 37.927.505		\$ 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						
Acompañar a la población campesina; en la planificación de mejoras de producción familiar, capacidad productiva y condiciones ambientales en concordancia con el protocolo de atención definido por la Coordinación Nacional de Atención Integral, Diferencial e						
Incluyente a la Economía popular - CampeSENA.						
Reportar la información para la creación de unidades productivas, bajo criterios de calidad, oportunidad y veracidad, cuando se le haya asignado formaciones complementarias en la ruta creación de unidades productivas						
Participar y apoyar en el proceso de inducción de las estrategias CampeSENA: Objetivos, alcance, estrategias, cadena de valor, metodología, procedimientos e impacto.						
Informar a la subdirección de centro las oportunidades de relacionamiento con el sector productivo o social que en el cumplimiento de su objeto contractual pudieran ser gestionadas.						
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 GARCIA ROZO 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.						
						
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)						

La empresa **CARLOS ALBERTO GARCIA ROZO**, identificada con **CC** número **1014202048**, aportó por **CARLOS ALBERTO GARCIA ROZO** identificado(a) con **CC** número **1014202048** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E T	T A D E	T D A P	T T A P	V S T	V S L N	I G L M A C	V A V C P	V C T	I R P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59											0		30	\$1,900,000	0.00600	\$11,400	\$0	\$0	Junio - 2026	92784825	06/07/2026	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	\$1,900,000	0.12500	\$237,500	\$0	\$0	Junio - 2026	92784825	06/07/2026	NO
230301	Porvenir	59											0		30	\$1,900,000	0.16000	\$304,000	\$0	\$0	Junio - 2026	92784825	06/07/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59											0		30	\$1,900,000	0.00522	\$10,000	\$0	\$0	Junio - 2026	92784825	06/07/2026	NO

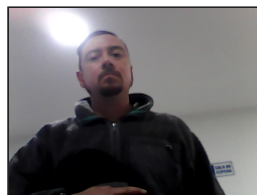
PAGADA

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Julio de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Certificado de aptitud laboral

Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso


Fecha: 13/Ene/2026, **Hora:** 06:08:53 a.m.

Apellido: GARCIA ROZO

Tipo Doc: CC

Empresa: PARTICULAR

Emp. Usuaría: SENA

Cargo: INSTRUCTOR

Dirección: CALLE 66 #59-31

Telefono: Celular: 3183868356 **Email:** KARLOSGARCIARZO@GMAIL.COM **Estado Civil:** Union libre

Ciudad: BOGOTA D.C. - BARRIOS UNIDOS

Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**
Nombre: CARLOS ALBERTO

Nro Identidad: 1014202048

HC: # 91323

Edad: 36 años

Sexo: Masculino

Nacim: 19/Jul/1989

Rh: A+

Exámenes Realizados

☒ Visiometría ☒ Glicemia ☒ Valoración psicológica ☒ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular

Recomendaciones Específicas

S.V.E.

* Sve salud visual

Estilo de Vida Saludable

* Hábitos de vida saludable

* Dieta y ejercicio

Medicas

* Valoración nutricional

* Usar corrección visual

Laborales

* Pausas activas

* Mantener adecuada higiene postural

Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

Recomendaciones Personalizadas

Se indica uso de corrección visual permanente
imc 27.15

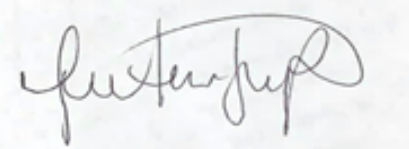
Observaciones

Se recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad

Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

Consentimiento Informado

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 Gestión de la 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.

Firma Medico		Firma Paciente
		
Maria alejandra jurado ramirez Medico especialista sst Lic. de S.O #: 1623 Registro #: 11/05/2022		Carlos alberto garcia roza CC 1014202048