

 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		69461-154967				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		1.026.301.754		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		dcgonzalezc@sena.edu.co		Número de Cuenta:		10078681867			
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:		8998485/2026		Nº Compromiso SIIF	17126	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		\$ 2.969.697		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		2.969.697,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		6023915278		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		\$ 227.800						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%		\$ 37.927.505		\$ 990.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.950.000							
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									
Se realizan entregables del segundo trimestre de las competencias asignadas									
Se asiste a las actividades programadas por parte de la coordinación para el desarrollo y la formación de los instructores									
Se realizan inventarios de equipos de computo y ambientes de la subsede y se registran novedades									
Se gestionan novedades que llegan a la coordinacion de la subsede, desde el rol asignado de gestor de la formación									
Se apoya al proceso de elaboración y entrega de la programación, actividad asignada por el supervisor de contrato									
Se realiza el llamado a lista de los aprendices y se registran inasistencia									
Se asignan planes de mejoramiento a los aprendices que no cumplen con el nivel academico adecuado para su programa de formación									
Se hace acompañamiento a los diferentes espacios programados por la coordinación para los aprendices de la subsede									
Se realiza planeación de clases de las competencias asignadas para el tercer trimestre del presente año									
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									
Daniel Gonzalez DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO 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 GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026301754
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 82G BIS 59-62	TELÉFONO:	99999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	6023915278		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DÍAS DE MORA:			1	junio AÑO	2026
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	480683958

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 0	\$ 303.200	\$ 300	\$ 303.500
SUBTOTALES:										\$ 303.200	\$ 300	\$ 303.500

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 236.900	\$ 200	\$ 0	\$ 237.100
SUBTOTALES:									\$ 236.900				\$ 236.900	\$ 200	\$ 0	\$ 237.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 100	\$ 0	\$ 10.000
SUBTOTALES:									\$ 9.900	\$ 100	\$ 0	\$ 10.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURO SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 1026301754	GONZALEZ CARRILLO DANIEL CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.894.999				NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.894.999	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 1.894.999	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.894.999	\$ 102630175	\$ 9.900	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 550.600
----------------------	-------------------

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 31-ene.-2025

HORA 10:23:10

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Daniel Camilo Gonzalez Carrillo

Edad 26 años 8 meses 15 días

Documento de identificación: CC Número: 1026301754

Cargo CONTRATISTA



APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría

Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL / PERFIL LIPIDICO: NORMAL / HEMOGRAMA: NORMAL / P.O. NORMAL/

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal. MUSCULOESQUELETICO: Normal. CARDIOVASCULAR: NORMAL. PSICOSOCIAL: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limita el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial, manejar estilos de vida saludables.

REMISIÓN A EPS? NO.

CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"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

Médico



Firma

LIC SST N°3508 19-07-22
Reg Med N° 72173322

Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

RM: LIC.SST#3508 de 19-C Lic.SO:

Trabajador



Firma

Nombre: Daniel Camilo Gonzalez Carrillo

CC N° 1026301754

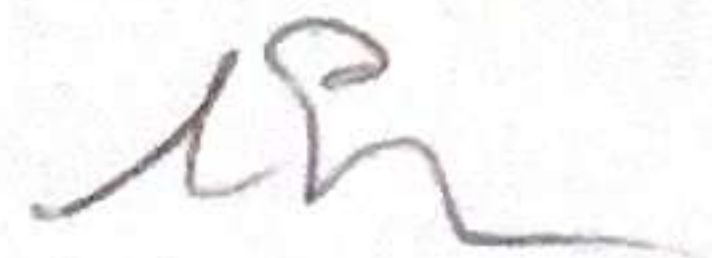


2. QUÍMICO

pH: 5
Densidad: 1030
Nitritos: NEG
Urobilinógeno: NEG
Sangre: NEG
Proteínas: NEG
Cetonas: NEG
Bilirrubina: NEG
Glucosa: NEG
Leucocitos: NEG
Ácido ascórbico: NEG

3. MICROSCÓPICO:

Células epiteliales escamosas: ESCASAS
Células epitelio renal: -
Bacterias: +
Hemates: 1-3/C
Leucocitos: -
Moco: 2+
Cristales: -
Cilindros: -
Hongos: -



Maria Carolina Galvis R.
Bacterióloga U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

REALIZADO POR:
MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

CUADRO HEMATICO IV

ID: 1026301754

Modo: Completa

Hora: 31-01-2025 08:50

Nombre: DANIEL CAMILO GONZALEZ CARRILLO

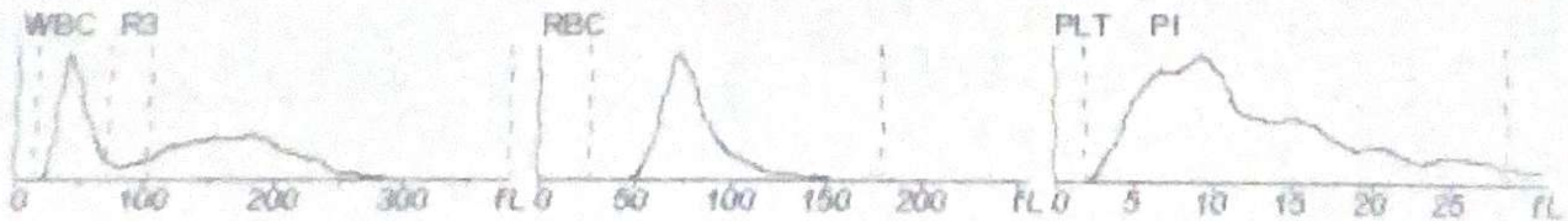
Sexo: Varón Edad: 26 años

N.º hª clín.:

N.º cama:

Dept.: LABORATORIO

Parámetro		Result	Rango ref.
WBC		6.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#		2.5 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#		0.4 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#		3.9 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph%		36.6 %	20.0 - 40.0
Mid%		5.9 %	3.0 - 15.0
Gran%		57.5 %	50.0 - 70.0
HGB	H	19.0 g/dL	12.0 - 16.0
RBC	H	6.12 x 10 ¹² /L	4.00 - 5.50
HCT	H	55.8 %	40.0 - 54.0
MCV		91.3 fL	80.0 - 100.0
MCH		31.0 pg	27.0 - 34.0
MCHC		34.0 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.2 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		43.1 fL	35.0 - 56.0
PLT		151 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV		9.7 fL	6.5 - 12.0
PDW		16.3	9.0 - 17.0
PCT		0.146 %	0.108 - 0.282



Remite:

Analiz: CAROLINA GALVIS

Compr.:

Carolina Galvis R
 Maria Carolina Galvis R
 Bacteriologo U.C.M.C.
 R.P. 52.125.928 C.N.B.