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	**Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**01702-422368**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	80.817.331	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ogarciaf@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	086007534
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**	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

Nº del contrato:	8998464/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**14526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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	**01/08/2026**	**Al**	**31/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.318.736
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.581.239

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1084348773**
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%	$37.927.505	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.282.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
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

Impartir formación competencia Implementar acciones estratégicas de mercadeo de acuerdo con segmentos y escenarios del mercado 3545802

Impartir formación competencia Implementar acciones estratégicas de mercadeo de acuerdo con segmentos y escenarios del mercado 3545803

Impartir formación competencia Implementar acciones estratégicas de mercadeo de acuerdo con segmentos y escenarios del mercado 3545804

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

Oscar Mauricio Garcia Forero

OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.08.20 13:44:33 -05'00'

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-18, 11:21:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084348773

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

PAGADO 12/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO		
Documento	CC80817331	**Dirección**	CL 22D #72 - 41 TORRE 3 APTO 704
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6013548764
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80817331	OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.894.999	$ 303.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.894.999	$ 236.900	0,522	$ 1.894.999	$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 0	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000	$ 600	$ 550.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICADO CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO SST

Fecha de examen: 2025-05-19 **Fecha de impresión:** 2025-05-20

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO		
Identificación:	CC	**Número:**	80817331
Fecha de Nacimiento:	1984-08-24	**Edad:**	40
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	AB +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	4	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CALLE 22 D 72 41 TORRE 3 APTO 704	**Teléfono:**	3005333375
EPS:	EPS COMPENSAR	**ARL:**	NINGUNA
AFP:	PROTECCION S.A.		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	ATENCION PARTICULAR	**Cargo:**	DOCENTE
Sede:	PRINCIPAL		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO SST
2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA
3. VISIOMETRIA-MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL
4. GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO

CONCEPTO

CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
Observaciones:

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL.
• VISIOMETRIA- CONCEPTO: AGUDEZA VISUAL BILATERAL NORMAL (20/20) EN VISIÓN LEJANA Y (20/30) EN VISION CERCANA, SIN USO DE CORRECCION OPTICA, BALANCE OCULAR ADECUADO EN VISIÓN LEJANA Y CERCANA, PERCEPCION DE PROFUNDIDAD Y DE COLOR NORMAL CON CAMPO VISUAL HORIZONTAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES EN AMBOS OJOS.
• LABORATORIOS CLÍNICOS: GLICEMIA BASAL: NORMAL.
• PRUEBA ESTADO PSICOLOGICO: NORMAL PARA EL CARGO.

• CONCEPTO: EL TRABAJADOR ES APTO PARA REALIZAR LA LABOR ASIGNADA CON RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y GENERALES.

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA

SI

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES GENERALES:
• ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, ABUNDANTE HIDRATACION
• EJERCICIO FÍSICO 3 VECES A LA SEMANA MÍNIMO POR UNA HORA, DE PREDOMINIO CARDIOVASCULAR
• REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS TRES VECES AL DÍA
• HIGIENE RESPIRATORIA Y POSTURAL
• HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
• DORMIR MÍNIMO 6 HORAS EN LA NOCHE
• NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL.
-

RECOMENDACIONES ADICIONALES

RECOMENDACIONES VISUALES ESPECÍFICAS:
• HIGIENE VISUAL Y PAUTAS DE CONSERVACION VISUAL.
• REALIZACIÓN DE PAUSAS VISUALES: POR CADA MEDIA HORA DE TRABAJO CONTINUO, DIRIGIR LA MIRADA A UN -PUNTO U OBJETO UBICADO A 6 METROS DE DISTANCIA Y MANTENER LA FIJACIÓN POR 30 SEGUNDOS. CONTINUAR TRABAJANDO.
• SE EXPLICA AL USUARIO QUE ANTE LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS TALES COMO VISIÓN BORROSA, CEFALEA O CANSANCIO VISUAL DEBE CONSULTAR POR OPTOMETRIA PARA REVISION DE AGUDEZA VISUAL.

• SE SUGIERE CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA PARA REVISION DE AGUDEZA VISUAL.

OCUPACIONALES

PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el consentimiento previamente firmado. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GEMSSA S.A.S





LUIS ALEJANDRO GUAQUETA
79426530
RM: 2535/91 LIC RESOLUCION 5414 DEL 26-07-2023
Firma y sello del médico evaluador

OSCAR MAURICIO GARCIA FORERO
Documento: 80817331
Firma del trabajador