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 SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**28773-859314**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DUVAN JAVIER REMOLINA OLARTE	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.100.969.147	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	duvanremolina@unisangil.edu.co	**Número de Cuenta:**	24089498699
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7840666/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**92725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL, Y DEMÁS DE SU COMPETENCIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN EL ÁREA TEMÁTICA SALUD PUBLICA DEL CAT PL 7M 19D VRM 459951

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2025 Al 30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.276.675
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.109.601
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.677.164

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.041.811**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**33583402**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.533.170
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 191.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 245.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.300	$ 16.100
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 26.227.473	$ 1.014.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 845.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.041.811,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
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 - 8551 - SOCORRO	9.966,00	0,500%
Reteica - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	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	**$4.589.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 3175022 tecnico en enfermería

Competencia: Controlar infecciones de acuerdo con protocolos y normativa de salud

Fecha: 04, 05, 06, 09, 11, 12, 13 y 27 de junio del 2025 horas totales 48 horas

Laboratorios Competencia: Controlar infecciones de acuerdo con protocolos y normativa de salud

Fecha: 13,16,17,18,20,24,25,27 de junio del 2025 horas totales 48 horas

FICHA 3174861 Tecnico en salud publica laboratorio 26 de junio del 2025, 6 horas totales

Total Horas ejecutadas del mes de JUNIO del 2025: 102 Horas

Pago planilla del mes de mayo n°33583402

ajuste planilla n°33684230 mes de mayo por valor total 19.100

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

Duvan Javier Remolina Olarte

DUVAN JAVIER REMOLINA OLARTE
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,

LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DUVAN JAVIER REMOLINA OLARTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100969147
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-12
FECHA DE PAGO:	2025-05-29
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33583402
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33583402
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.472.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.100	$ 184.100
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.472.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.600	$ 235.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.472.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.900	$ 35.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 455.600	$ 455.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/07/2025

RAZÓN SOCIAL :	DUVAN JAVIER REMOLINA OLARTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100969147
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-06-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-12
FECHA DE PAGO:	2025-06-06
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33684230
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33684230
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.700	$ 7.700
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.700	$ 7.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.900	$ 9.900
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.900	$ 9.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 1.500
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 1.500
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.100	$ 19.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/07/2025