

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91380688	\$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7,500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8647488	RAIMUNDO YUNIOR ESCAMILLA RUIZ		CARRERA 22 N 28 82	8780510	ray_junior02@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	SABANALARGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91380688	\$413.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	8647488	ESCAMILLA RUIZ RAIMUNDO YUNIOR	59	0			N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 8647488 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 17 de Diciembre de 2025 a las 11:48:40

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.



Fecha: 18

Lugar:
Calle 12

Proceso Gestión del Talento Humano

Forma entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: RAMIREZ Y RAMIREZ S.R.L.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

PUESTO:

TELÉFONO:

CORREO:

AL: JARAH.

NOMBRE DEL ASESOR:

C.A. No. 0047400

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA:

CALLE Y CUBO DE:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE:

CALLE Y CUBO DE:

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES



Causa:



INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES POR



INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES



NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

Módulo:

NOMBRES Y APELLIDOS

RESPONSABLE DE:

FIRMA

LUIS CARLOS MARTINEZ

MARIA A. RAMIREZ RAMIREZ

MILINDO MERCEDIS DEL TRÁN MEDINA
Vc. No. María Teresa Argente Julliano*Milinda Mercadis del Trán Medina*

Registrar registro de entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

YANINA TELLEZ

ELENA GUETTE

OSVALDO REYES

MILINDO MERCEDIS DEL TRÁN MEDINA

ALBINA PEREZ PINEDA O
LUCY DIANA FIGUEROA FARACHE
FALLON DE JESUS AMADOR

CARLOS ALBERTO GONZALEZ GONZALEZ

MILINDO MERCEDIS DEL TRÁN MEDINA

Milinda Mercadis del Trán Medina

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA (Firma del representante del contratista)

FIRMA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA

OK

 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 ATLÁNTICO CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	8 920810 Diciembre de 2025 ENERO - 2.25 60809-521621
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: RAIMUNDO YUNIOR ESCAMILLA RUIZ Cédula de Ciudadanía: 8.647.488 Correo electrónico: ray_junior02@hotmail.com IP/N° de contacto: 0 Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: BANCO BBVA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 0759370216 Presta Servicios Excluidos de IVA: NO Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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: Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%			
DATOS DEL CONTRATO			
N° del contrato: 7556320/2025	N° Compromiso SIIF 209725	Número de pagos durante la vigencia del contrato 10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		RP-INSTRUCTOR POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ETICA Y VALORES, ONBASE 08-9-2025-008288	
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del 01/12/2025 Al 15/12/2025	Saldo Anterior del Contrato: \$ 0		
Número de pago 10	Valor Total del Contrato: \$ 31,046,706		
Valor Bruto Pago: \$ 1,567,859,00	Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 1,567,859	Honorarios profesionales a persona NO declarante d 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1,567,859	Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 1,020,709	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre -----	Noviembre 91380688	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de RENTA Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 178.000	Valor base IVA 1,020,709,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 227.800	Menos 1,567,859,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) Menos 0,00
ARL I	\$ 7.500	\$ 7.500	Retención en la Fuente Menos 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Retención IVA 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BARRANQUILLA 18,187,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		1,160%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC y AVC	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		0,00
Dependientes hasta	\$ -		0,00
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 681.000	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo	\$ 5.453.000		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$		0,00
		Valor a Pagar	\$1,549,672,00
SON: UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO las asignadas por mi coordinador			
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			
		RAIMUNDO YUNIOR ESCAMILLA RUIZ 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 periodo 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, MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA 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 HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			