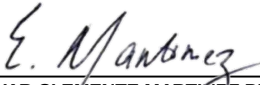
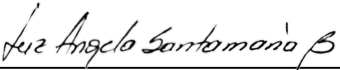


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11
			Código Centro		940310
			Fecha Elaboración		Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
			ID de Proceso		42036-721717
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: EDWAR CLEMENTE MARTINEZ PEREZ			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 79.801.551			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: eclemarp@hotmail.com			Número de Cuenta: 004670111055		
IP/N° 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 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: 8975488/2026		N° Compromiso SIIF 13626		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO DIAGNÓSTICO, APOYO			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/07/2026		Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 25.582.484	
Número de pago 7				Valor Total del Contrato: \$ 49.585.802	
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 20.844.987	
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	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		90253696	
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% \$41.375.460		\$ 1.047.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.305.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.140.497,00	
				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					
Cumplir con la asignación académica recibida de la COORDINACION DE BIENESTAR Y PROMOCION SOCIAL.					
Ejecutar procesos de formación, cumpliendo con la programación académica predeterminada por la coordinación respectiva					
Orientar y apoyar a los Aprendices en el desarrollo de los proyectos formativos en las respectivas etapas de Formación.					
Participar en las actividades convocadas por el Centro de Formación para atender los procesos institucionales.					
Participar en el proceso de selección ingreso e inducción de aprendices, en el caso que se requiera.					
Participar en las reuniones y comités programados por la entidad, cuando se requiera.					
Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato.					
Presentar oportunamente en las fechas establecidas las planillas y demás documentos para el trámite de pago.					
Colaborar con el cuidado de los activos de la entidad; Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos					
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					
 EDWAR CLEMENTE MARTINEZ PEREZ 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,  LUZ ANGELA SANTAMARIA BURGOS INSTRUCTOR					
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 CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79801551	EDUAR CLEMENTE MARTINEZ PEREZ	CR 51B #16-48 SUR CASA 22	6015491965	eclemarp@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		90255696	03/07/2026	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-06	2026-06	I	\$0	\$580.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0	0	0	
TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	320.000	0	0	0	0	0	1
TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Valor Mora Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	10.500			10.500	0	105	1
TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	No. Afiliados

TOTALES PARA FISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0
TOTALES				
580.500	3	580.500	580.500	580.500

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		
Salud	1	250.000	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500	10.500
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500	580.500

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79801551	EDUAR CLEMENTE MARTINEZ PEREZ	CR 51B #16-48 SUR CASA 22	6015491965	eclemarp@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90253696	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$580.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES							
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colizante	Subtipo	Extranjero	Exonerado	ING	TOE	TAE	TAP	VSP	ICB	LAC	VAC	ANP	WCT	IRL	CONTRIBUCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79801551	MARTINEZ PEREZ EDUAR CLEMENTE	59	0	N														230201	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	30	250.000	14-23	2.000.000	30	1	10.600		0	0	0	0	0	0	0	