

 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 NORTE DE SANTANDER CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		54	
			Código Centro		953710	
			Fecha Elaboración		Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		69822-509257	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		DANUIL SALAZAR CASTRO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		13.175.445		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		d.salazar@sena.edu.co		Número de Cuenta:		31896573261
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:		9111077/2026	Nº Compromiso SIIF	43426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CO1.PCCNTR.9111077 7 CONTRATACIÓN DE APOYOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN: CPE NO. 54-9-2026-000696 OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL EN				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 20.012.802
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:		\$ 36.690.137
Valor Bruto Pago:	\$ 3.335.467,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 16.677.335
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 3.335.467		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		\$ 3.335.467				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.870.620		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		1.870.620,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	1114034781	Base retención en la fuente a titulo de ICA		0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200	\$ 280.200	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		\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8299		0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Estampilla Departamental		66.709,00 2,000%
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		\$ 333.547		Otras Retenciones		0,00 0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones		0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$37.927.505	\$ 623.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.115.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR		\$3.268.758,00
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realicé mantenimiento correctivo a equipos de cómputo de los ambientes 104						
Realicé mantenimiento correctivo a equipos de cómputo de los ambientes 111						
Brinde orientación básica a usuarios (instructores y aprendices), sobre manejo de plataforma						
Brinde orientación básica a usuarios (instructores y aprendices), sobre manejo de equipos de cómputo						
Realice informe vía correo electrónico al coordinador académico del centro, sobre periféricos faltantes						
Realice la revisión de la cobertura de la red en el ambiente 111						
Realice la conexión de 9 equipos vía wifi para uso de los aprendices						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 DANUIL SALAZAR CASTRO EL CONTRATISTA		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.				BRAYAN JOSE ROJAS HURTADO TECNICO G03		
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 HUGO LEON TABORDA OCAMPO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13175445
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DANUIL SALAZAR CASTRO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA DEPARTAMENTO:		
DIRECCIÓN:	CALLE 4 #45-84 TELÉFONO:		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	1114034781	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	AÑO: 2026	2026

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DÍAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/07/10	0	\$ 0	\$ 508.300
2026/07/14	4	\$ 1.700	\$ 510.000
2026/07/15	5	\$ 2.100	\$ 510.400
2026/07/16	6	\$ 2.400	\$ 510.700
2026/07/17	7	\$ 2.800	\$ 511.100
2026/07/21	11	\$ 4.200	\$ 512.500

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL			
			TOTALES
			COTIZANTES
			TOTAL PAGADO
PENSIÓN			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1
SUBTOTAL:			1
			\$ 280.200
SALUD			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1
SUBTOTAL:			1
			\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1
SUBTOTAL:			1
			\$ 9.200

TOTAL POR PAGAR: \$ 508.300

N. OS: 9648402375
 Cliente: 110263 P.L.A. RECAUDO
 Fecha: 25/06/2026 11:26:21
 P.A.P.: 905163
 Identificación: 13175445
 Nombre: DANUIL
 Apellido 1: SALAZAR
 Apellido 2: CASTRO
 Tipo Documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA
 Teléfono: 5695006
 Código Planilla: 1114034781
 Período Pago: 2026/06
 Valor Comisión: 0
 Referencia: 13175445 Valor: \$508.300,00

Aplica condiciones particulares con el
 Cliente Beneficiario
 Conserve este recibo, es el único
 soporte válido para atender cualquier
 reclamación.
 Para reclamaciones presente este
 recibo: Tel. (1) 6510101.
 servicioalcliente@efecty.com.co.
 www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 13175445

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	DANUIL SALAZAR CASTRO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	13175445
Ciudad/Municipio	OCAÑA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CALLE 4 #45-84	Teléfono	3208531
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	1114034781	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	junio / 2026	Periodo Cotización Salud	junio / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/06/25
Número Autorización	9997235428		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	DANUIL	Apellidos	SALAZAR CASTRO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	13175445
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	OCAÑA
Salario Básico	\$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 280.200
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 280.200

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 218.900

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 1.750.905
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	13175445	Total Aporte	\$ 9.200

TOTAL PAGADO:

\$ 508.300