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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**57706-425462**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HUMBERTO GALINDO PRADA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	19.485.760	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hgalindo6@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24616347043
IP/Nº de contacto:	11254	**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 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	5832709/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.683.333
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.283.333
Valor Bruto Pago:			**$ 4.300.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.383.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000	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	**$ 4.300.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.064.000**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8375906555/7**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.720.000	$ 1.720.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.000	$ 215.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
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	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 1.021.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.042.250		
Retención en la Fuente Contingente		$	

3

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.064.000,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.085.000,00	
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	39.461,00	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	**$4.260.539,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación:
Técnico Ebanistería ficha:2774929
Técnico Carpintería ficha:2825551
Básico Madera I ficha: 2911432
Técnico Carpintería ficha:2871826

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

HUMBERTO GALINDO PRADA
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

12/04/24 15:58:48 USUARIO: SIC - C.C. 19485760

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): HUMBERTO GALINDO PRADA
No. Identificación: CC19485760
Dirección: CALLE 6SUR 15A-91
Telefono: 3219152765
Correo: humgalip@hotmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8375906555

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HUMBERTO GALINDO PRADA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC19485760	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2024
Número de planilla	8375906555	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-03	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	68571623	**Total Pagado**	252400
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8375906555

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	33600	1
EPS008	Compensar EPS	210000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19485760
APELLIDOS Y NOMBRES: HUMBERTO GALINDO PRADA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		1680000	0	1680000	1680000	210000	0	0	0	8800	33600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **HUMBERTO GALINDO PRADA**, identificada con **CC** número **19485760**, aportó por el empleado **HUMBERTO GALINDO PRADA** identificado(a) con **CC** número **19485760** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,680,000	0.02000	$33,600	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,680,000	0.12500	$210,000	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,680,000	0.00522	$8,800	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **11** días del mes **Abril** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ABR 03 2024 12:33:47 REMICT 9.92
CORRESPONSAL
MULTIPAGOS JUSTO A TIE
CRA 6 14-08

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0015818990 TER: BBBB1070
V. ELECTRON Cc
**5441 RECIBO: 064961 RRN: 125728
RECAUDO APRO: 168258

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008375906555
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 252.400

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

ABR 03 2024 - 12:31:58
CORRESPONSAL
MULTIPAGOS JUSTO A TIE
CRA 6 14-08
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008375906555
VALOR: $ 252.400

TOTAL: $ 252.400

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19485760-0	HUMBERTO GALINDO PRADA	calle 6sur 15a-91	3219152765	humgalip@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8375906555	03/04/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	N	12/04/2024	76304585	$7.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	6.300	0		0		0	0	0	0	6.300	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

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	300				300	0	0	300			3	300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.000	0	0	1.000	1

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	6.300	6.300
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	300	300
CCF	1	1.000	1.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	7.600	7.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19485760-0	HUMBERTO GALINDO PRADA		calle 6sur 15a-91	3219152765	humgalip@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8375906555	03/04/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	N	12/04/2024	76304585	$7.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	19485760	GALINDO PRADA HUMBERTO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.730.000	216.300	14-23	1.730.000	1	9.100	CCF24	1.730.000	34.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **HUMBERTO GALINDO PRADA**, identificada con **CC** número **19485760**, aportó por el empleado **HUMBERTO GALINDO PRADA** identificado(a) con **CC** número **19485760** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0	A	30	($1,680,000)	(0.02000)	($33,600)	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0	C	30	$1,730,000	0.02000	$34,600	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0	A	30	($1,680,000)	(0.12500)	($210,000)	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0	C	30	$1,730,000	0.12500	$216,300	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	A	30	($1,680,000)	(0.00522)	($8,800)	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	C	30	$1,730,000	0.00522	$9,100	$0	$0	Marzo - 2024	76304585	12/04/2024	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,680,000	0.02000	$33,600	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,680,000	0.12500	$210,000	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,680,000	0.00522	$8,800	$0	$0	Marzo - 2024	8375906555	03/04/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **12** días del mes **Abril** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA
FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/04/12 - 07:31 a.r
DOCUMENTO CC :9485760
NOMBRE USUARIO:
HUMBERTO CALINDO PRADA
MODULO: KENPAR01
ID PAGO 37966271

NO PLANILLA: 837630458S
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 7600

TOTAL: $ 7600
EFECTIVO: $ 10000
CAMBIO $ 2400