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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**07236-837628**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.032.443.474	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	davidsantiagocastrogarcia@gmail.com	**Número de Cuenta:**	062227046
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 2024**	SI

¿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:	7571194/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**48825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2025**	**Al**	**31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.109.600
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.315.501
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.510.089

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	**$ 2.730.411**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8386355849 8386620740**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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	$ 425.000	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 910.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.352.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

			TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.730.411,00	
83 Base retención en la fuente a título de ICA		4.075.111,00	
Valor base IVA			
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		0,00	0,966%
-		39.366,00	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	
		0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)			
VALOR A PAGAR		0,00	
		$4.560.145,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrolla las guías para las competencias 210303037 – 3065267 – 240201528 - 220501046

Socialización Reglamento

Se entrega la guía de aprendizaje para las fichas 3065267 – 2995811 – 2995791 - 2995667

Creación de las clases en plataforma Class Room

Planificación de la formación de la ficha 3108987 LGBTQI+

Descarga de listas de asistencias para fichas propias y otros Instructores

Toma asistencia fichas 210303037 – 3065267 – 240201528 - 220501046

Verificación aprendices fichas 210303037 – 3065267 – 240201528 - 220501046

Planificación de la formación de la ficha 3108987 LGBTQI+

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

David Santiago Castro Garcia

DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA
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,

Firmado digitalmente por Diego Albeiro Garay Forero
Fecha: 2025.05.19 15:15:35 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/05/25 13:40:01 USUARIO: SIC - C.C. 1032443474

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	1032443474	DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA	Crr 32 No 26-65 apto 102 edificio ecuador	3033013	david33s2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8386355849	12/05/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	N	16/05/2025	86620740	$129.100	

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	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	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	66.600	0	0	0	0	0	0		66.600	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	2.200				2.200	0	0	2.200			22	2.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.300	0	0	8.300	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	52.000	52.000
Pensión	1	66.600	66.600
Riesgos Laborales	1	2.200	2.200
CCF	1	8.300	8.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	129.100	129.100

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	1032443474	DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA	Crr 32 No 26-65 apto 102 edificio ecuador	3033013	david33s2@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8386355849	12/05/2025	N	16/05/2025	86620740	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04				$129.100	

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	Estudiante	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	1032443474	CASTRO GARCIA DAVID SANTIAGO	59	0			N																	25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700	CCF24	1.839.804	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Señor(a): DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA
No. Identificación: CC1032443474
Dirección: CRR 32 NO 26-65 APTO 102 EDIFICIO ECUADOR
Telefono: 3033013
Correo: david33s2@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8386355849

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1032443474	**Periodo de Cotización Salud**	abril de 2025
Número de planilla	8386355849	**Periodo de Cotización Pensión**	abril de 2025
Fecha pago	2025-05-12	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	86355849	**Total Pagado**	441800
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8386355849

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032443474
APELLIDOS Y NOMBRES: DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA

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	25-14	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	7500	28500

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

Powered by CamScanner

20 AÑOS miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social

Identificación aportante: 1032443474

Fecha liquidación: 16/05/2025 12:06:49

Tipo de planilla:

N - Corrección

Número de planilla: 8386620740

Periodo liquidación: Abril de 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
19/05/2025*	129100.00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Fechas de pago con intereses

19/05/2025	$ 129.100
20/05/2025	$ 129.500
21/05/2025	$ 129.500
22/05/2025	$ 129.700
23/05/2025	$ 129.700
26/05/2025	$ 130.000

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Abril de 2025

8386620740
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla: Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH Almacenes Grupo Éxito.
Puntos de pago al día siguiente de generación de su planilla: Banco AV Villas y Red Coink.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a **confirmar la información reportada en la planilla antes** de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).
Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/05/16 - 12:09 p.
DOCUMENTO: CC 1032443474
NOMBRE USUARIO:
DAVID SANTIAGO CASTRO GARCIA
MODULO: CLL42MAQ03
ID PAGO:45077481
.
.
.
NO PLANILLA: 8386620740
PERIODO DE PAGO: abril
VALOR PAGADO: $ 129100

.
.
.

TOTAL: $ 129100
EFECTIVO: $ 130000
CAMBIO: $ 900
