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 INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**43140-691433**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LINA MARCELA SANCHEZ MEJIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.022.351.168	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lmsanchez861@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	16561251049
IP/Nº 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 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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7974050/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**32025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en las modalidades presencial y/o virtual según corresponda, en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada,articulación con la media y/o complementaria y demàs actividades derivadas

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2025 Al 31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.851.117
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 28.363.651
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.251.606

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	**$ 3.022.211**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio			
		----------	**8826250/890066**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.022.211,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS				Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	III	$ 44.900	$ 44.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 1.008.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.626.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$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 realizaron reuniones de concertación de etapa productiva, diligenciamiento de formato F-23

Se realizó recopilación de información de los aprendices pendiente de aprobación de etapa productiva de grupos asignados

Se confirmó en SOFIA PLUS el estado de los aprendices y el estado pendiente de aprobación de la competencia de Etapa Productiva

Se realizó proceso de empalme con instructores que han realizando el seguimiento de etapa productiva de los aprendices

Se contactó por correo electrónico, llamada telefónica y whatsapp a los aprendices pendientes por aprobar Etapa productiva

Creación de carpetas virtuales en DRIVE por programa, por ficha y por aprendiz, compartir con aprendices para el cargue de documentos

Gestión de listados de aprendices por coordinación, gestión de datos de contacto de aprendices.

Se participó en reuniones de capacitación de seguimiento de etapa productiva

Se realizaron reuniones de seguimiento de etapa productiva, revisión de Bitácoras

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

LINA MARCELA SANCHEZ MEJIA
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,

MARIA CECILIA PEREZ COY
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
MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

14/08/25 00:31:26 USUARIO: SIC - C.C. 1022351168

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
CC	1022351168	LINA MARCELA SANCHEZ MEJIA	KR 81 D # 42 B-14 SUR	5705518	

FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
7	2025	7	2025	I	06 08 2025	88826250	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	**NÚMERO DE EMPLEADOS**	1	**NIT EMPRESA CONVENIO**	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	59	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS037	$1,423,500	12.50%	$178,000	230201	$1,423,500	16.00%	$227,800	$0
																																$178,000				$227,800	$0

PAGADO

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	$0	14-23	$1,423,500	0.52%	1	$7,500
			$0					$7,500

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
CC	1022351168	LINA MARCELA SANCHEZ MEJIA	KR 81 D # 42 B-14 SUR	5705518	

FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
7	2025	7	2025	N	14 08 2025	89006610	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	**NÚMERO DE EMPLEADOS**	1	**NIT EMPRESA CONVENIO**	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	59	0			No	001	11																30	30	30	EPS037	$1,423,500	12.50%	($178,000)	230201	$1,423,500	16.00%	($227,800)	$0
2	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	59	0			No	001	11																30	30	30	EPS037	$1,839,804	12.50%	$230,000	230201	$1,839,804	16.00%	$294,400	$0
																															$52,000				$66,600	$0

PAGADO

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

Los valores negativos corresponden al registro original de la planilla a corregir.

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	$0	14-23	$1,423,500	0.52%	1	($7,500)
2	CC 1022351168	SANCHEZ MEJIA LINA MARCELA	$0	14-23	$1,839,804	2.44%	3	$44,900
			$0					$37,400

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información
Los valores negativos corresponden al registro original de la planilla a corregir.

TRANSACCION EXITOSA.

CORRESPONSAL BANCARIO SCOTIABANK COLPATRIA Puntored no te cobra por esta transacción Pago de facturas

Fecha
2025-08-06

Hora
11:57:13

ID transacción
1226304361

Trace
92a7bde4908b

Número de autorización
985101

Comercio
504681

Terminal
362162

Usuario de Venta
252228

Operación
Recaudo

Convenio
COMPENSAR MI PLANILLA

Cod. Convenio
0344

Referencia 1
8388826250

Banco
COLPATRIA

Valor
$413,300

Costo de transación
$0

Total
$413,300

Transacción procesada por:
puntored

Corresponsal de:

Entidad Financiera responsable:

Si requiere soporte o ampliar información contáctenos a **servicioal.cliente@puntored.co** o al 3135559768

Linea de atención personalizada en Bogotá: 3487887 Resto del país: 018000960505

Bancolombia

Comprobante en línea

13 Ago 2025 20:34:30

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1699696220

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
13 Ago 2025 20:34:30

Referencia 2
CC

Número de factura
89006610

Referencia 3
1022351168

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$156.000

Número de comprobante
TR2033246220

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1049**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA