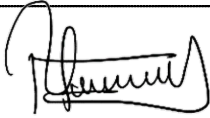


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11		
			Código Centro		940610		
			Fecha Elaboración		Octubre de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		77289-181709		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		RAUL MARTIN HERNANDEZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía		79.293.912		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		ramac@misena.edu.co		Número de Cuenta:		24525482741	
IP/N° 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							
N° del contrato:		7630776/2025		N° Compromiso SIIF		24325	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Contratar la prestación de servicios como Instructor de Formación Profesional Integral en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con el fin de desarrollar actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación en el marco de los programas de formación profesional titulada o complementaria del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes y subsedes, en las modalidades					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/10/2025		Al		31/10/2025	
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 12.725.314	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00		Valor Total del Contrato:		\$ 43.235.404	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 8.125.803	
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		\$ 3.041.811		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		90264825		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL		II		\$ 19.300		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				39.366,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				0%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				0,00	
Dependientes hasta		\$ -				0,00	
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 32.784.341		\$ 1.014.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.707.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				0,00	
						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							
Participé en la inducción, bienvenida, preinscripción y orientación de los siguientes cursos:							
Dos (2) cursos de Preparación de cocteles,modalidad complementaria presencial, los cuales culminé y calificué juicios evaluativos							
Un (1) curso Básico en Mesa y Bar en la modalidad de complementaria presencial							
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							
						RAUL MARTIN HERNANDEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						El Supervisor,	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.						DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ 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							
JULIO ALEJANDRO SANABRIA VARGAS							
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79293912	RAUL MARTIN HERNANDEZ		CARRERA 24 No. 87-15	3114567325	RAUL1526@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90264825	1
TOTAL A PAGAR					0
					\$580,500

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230,000	0		0		0	0	0	0	230,000	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	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	19,300				19,300	0	0	19,300			193	19,300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	36,800	0	0	36,800	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	230,000	230,000
Pensión	1	294,400	294,400
Riesgos Laborales	1	19,300	19,300
CCF	1	36,800	36,800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	580,500	580,500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79293912	RAUL MARTIN HERNANDEZ		CARRERA 24 No. 87-15	3114567325	RAUL1526@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90264825	\$580,500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Código exterior	Exonerado	ING	RET	TRE	TAE	TIP	TAP	VER	SLN	RSE	LMA	MAC	MAC	MAC	MAC	MAC	MAC	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	79293912	MARTIN HERNANDEZ RAUL	59	0		N																		25-14	1,840,000	294,400	0	0	0	0	EPS017	1,840,000	230,000	14-23	1,840,000	2	19,300	CCF22	1,840,000	36,800	0	0	0	0	0

PAGADA



Comprobante en línea

1 Oct 2025 09:37:10

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1816991614

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
1 Oct 2025 09:37:10

Referencia 2
CC

Número de factura
90264825

Referencia 3
79293912

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$580.500

Número de comprobante
TR0936141614

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 0137**