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	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	37084-704893

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.516.739	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sstambientalsena@gmail.com	**Número de Cuenta:**	31877845705
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 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:	8947998/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CO1.PCCNTR.8947998 8 CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: CPE NO. 54-9-2026-000547 OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES DE LOS PROGRAMAS				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.689.558
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.164.552
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.952.061

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**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		----------	**8376317059**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
	0,00	0,000%
	0,00	0,000%
	0,00	0,000%
	0,00	0,000%
Estampilla Departamental	94.750,00	2,000%
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	**$4.642.747,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN PROGRAMAS DE TITULADA TOTAL 130 horas

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN PROGRAMAS DE COMPLEMENTARIA TOTAL 30 horas

Ver anexo INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL correspondiente al mes de ABRIL

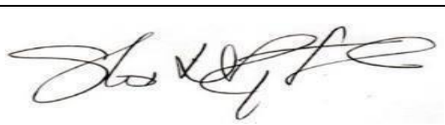
TOTAL HORAS MES DE ABRIL: 160 Horas

TOTAL DÍAS LIQUIDADOS MES DE ABRIL: 30 días

EL PRESENTE CONTRATO ES EJECUTADO EN OCAÑA

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



SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

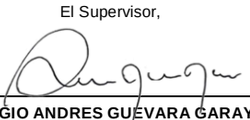
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



SERGIO ANDRES GUEVARA GARAY
INSTRUCTOR G07

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

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

Señor(a): SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
No. Identificación: CC63516739
Dirección: CALLE 10
Telefono: 5632343
Correo: APORTESENLINEA2010@HOTMAIL.COM
Ciudad: OCAÑA
Número de Planilla: 8376317059

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL
Tipo y número de identificación	CC63516739
Número de planilla	8376317059
Fecha pago	2026-04-20
Número de autorización pago	60831213
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	552800
Total Intereses de Mora	2800

PAGADA

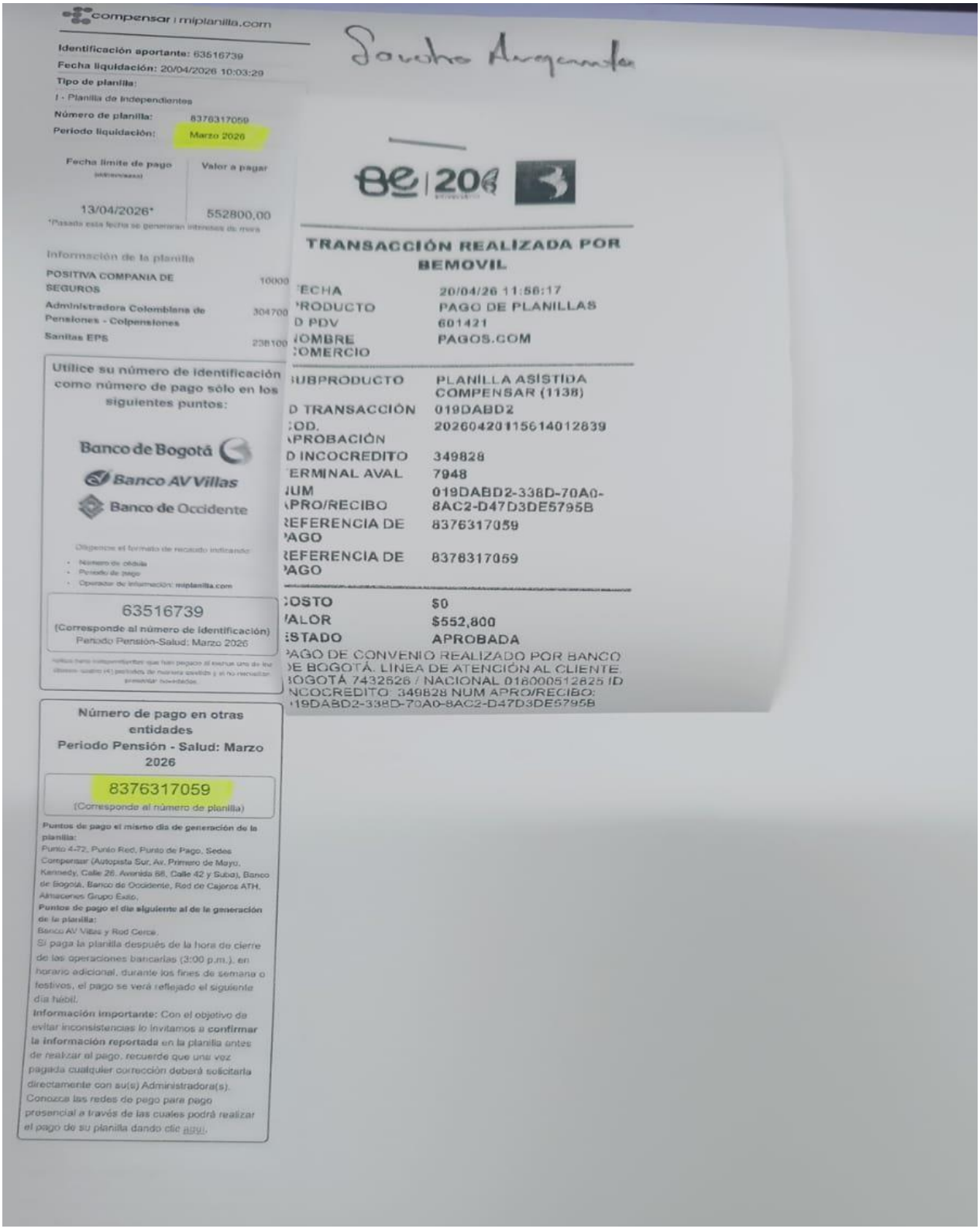
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10000	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	304700	1
EPS005	Sanitas EPS	238100	1

8376317059

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63516739
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA MILENA ANGARITA CARRASCAL

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
EPS005	25-14	1895000	1895000	1895000	0	236900	0	303200	0	9900	0

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



compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 63516739
Fecha liquidación: 20/04/2026 10:03:29
Tipo de planilla:
I - Planilla de Independientes
Número de planilla: 8376317059
Periodo liquidación: Marzo 2026

Fecha límite de pago	Valor a pagar
13/04/2026*	552800,00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10000
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	304700
Sanitas EPS	238100

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:
- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

63516739
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Marzo 2026

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Marzo 2026

8376317059
(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 el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Cerca.
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 lo 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.

Soacha Avgcanales

be | 20

TRANSACCIÓN REALIZADA POR BEMOVIL

FECHA	20/04/26 11:56:17
PRODUCTO	PAGO DE PLANILLAS
ID PDV	601421
NOMBRE COMERCIO	PAGOS.COM
SUBPRODUCTO	PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR (1138)
ID TRANSACCIÓN	019DABD2
COD. APROBACIÓN	20260420115614012839
ID INCOCREDITO	349828
TERMINAL AVAL	7948
NUM APRO/RECIBO	019DABD2-338D-70A0-8AC2-D47D3DE5795B
REFERENCIA DE PAGO	8376317059
REFERENCIA DE PAGO	8376317059
COSTO	$0
VALOR	$552,800
ESTADO	APROBADA

PAGO DE CONVENIO REALIZADO POR BANCO DE BOGOTÁ. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE BOGOTÁ 7432526 / NACIONAL 018000512825 ID INCOCREDITO 349828 NUM APRO/RECIBO: 019DABD2-338D-70A0-8AC2-D47D3DE5795B