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 ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**66412-157813**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.082.044.286	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hildaisabelcastro1@gmail.com	**Número de Cuenta:**	12063256666
IP/Nº de contacto:	3114145996	**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 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:	9030918/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**69226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN RAD# 08-9-2026-003325 PZO 18/10/2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026 Al 30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 5.684.997
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 28.424.984
Valor Bruto Pago:	**$ 3.553.123,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.131.874

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.553.123	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.553.123**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.283.823**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9510460541**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
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	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 761.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.794.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.283.823,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.553.123,00	
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 - BARRANQUILLA	41.216,00	1,160%
-	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	**$3.511.907,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION COMPLEMENTARIA EN PRODUCTOS DE REPOSTERIA

FORMACION COMPLEMENTARIA EN ELABORACION DE TORTA BASICA Y GALLETA

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

Hilda Castro A.

HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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
NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/09/26 18:24:21 USUARIO: SIC - C.C. 1082044286

TIEMPO COMPLETO			
MES	**DIAS**	**HONORARIOS**	**$3.553.123**
ENERO		$ -	0,00%
FEBRERO	12	$ 1.421.249,00	5,00%
MARZO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
ABRIL	30	$ 3.553.123,00	12,50%
MAYO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
JUNIO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
JULIO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
AGOSTO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
SEPTIEMBRE	30	$ 3.553.123,00	12,50%
OCTUBRE	18	$ 2.131.874,00	7,50%
NOVIEMBRE		$ -	0,00%
DICIEMBRE		$ -	0,00%
TOTAL	**240**	**$ 28.424.984,00**	

TIEMPO COMPLETO			
MES	**DIAS**	**HONORARIOS**	**$4.737.497**
ENERO		$ -	0,00%
FEBRERO	12	$ 1.894.999,00	6,67%
MARZO	30	$ 4.737.497,00	16,67%
ABRIL	30	$ 4.737.497,00	16,67%
MAYO	30	$ 4.737.497,00	16,67%
JUNIO	30	$ 4.737.497,00	16,67%
JULIO	30	$ 4.737.497,00	16,67%
AGOSTO	30	$ 4.737.497,00	16,67%
SEPTIEMBRE	30	$ 4.737.497,00	16,67%
OCTUBRE	18	$ 2.842.498,00	10,00%
NOVIEMBRE		$ -	0,00%
DICIEMBRE		$ -	0,00%
TOTAL	**240**	**$ 37.899.976,00**	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	651612295	9510460541	I	2026/09/18	2026/09/14	NEQUI	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0
1	CC 1082044286	CASTRO HILDA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	ESSC24	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$18,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$18,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	651612295	9510460541	I	2026/09/18	2026/09/14	NEQUI	0	$517,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$18,300
$18,300
$218,900
$218,900
$517,400