

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 50                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL META                                                                                                                               |  | Código Centro     | 953210            |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META                                                                                                    |  | Fecha Elaboración | Abril de 2021     |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2021 - 1,21 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 02423-807247      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 69930             |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | MIREYA GALINDO JIMENEZ                  | C.C.                                                                                   | 51.651.833                  | IP/N° de contacto                   |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | mgalindo@sena.edu.co                    |                                                                                        |                             | 135                                 |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | <input type="checkbox"/> NO | Es declarante de renta?             |
|                                                                                                                      |                                         |                                                                                        |                             | <input type="checkbox"/> NO         |
| Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | Presta Servicios Excluidos de IVA ? |
|                                                                                                                      |                                         |                                                                                        |                             | <input type="checkbox"/> SI         |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     | N° Cuenta                           |
|                                                                                                                      |                                         |                                                                                        |                             | 63265351009                         |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | <input type="checkbox"/> NO             | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 | <input type="checkbox"/> NO |                                     |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO |               |                        |                              |  |
|---------------------------------------------|---------------|------------------------|------------------------------|--|
| N° del contrato:                            | 2199547/2021  | N° Compromiso SIIF     | 11321                        |  |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 37.006.934 | N° Pago                | 3                            |  |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 29.890.216 | Periodo objeto de pago | Del 01/04/2021 Al 30/04/2021 |  |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 26.331.857 | Comisiones             | \$ 0,00                      |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| (Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |
| CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES. CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS CURSOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE, DE ACUERDO CON SU PERFIL Y PROGRAMACIÓN ESTAB |  |  |  |  |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |  |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|--|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.558.359 | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00% |  |
| Ingresos por comisiones                              | \$ 0         | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0  |  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0         |                                           |       |  |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                           | \$ 3.558.359 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 2.364.419 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |  |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                       |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|-----------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Abril        | Marzo        | Valor Base retención en la fuente     | 2.364.419,00    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.423.344 | \$ 1.423.344 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.152.559,00    |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 178.000   | \$ 178.000   | Valor base IVA                        | 0,00            |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 227.800   | \$ 227.800   | IVA (Si es RESPONSABLE)               | 0,00            |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente          | 0,00            |
| ARL                                                                   | \$ 7.500     | \$ 7.500     | Menos Retención IVA                   | 0,00            |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |              | Reteica - 8299                        | 12.610,00       |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |              |                                       | 0,00            |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              |                                       | 0,00            |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00            |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00            |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00            |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones                     | 0,00            |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -         |              | Descuentos de Libranza                | 0,00            |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -         |              | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00            |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 788.140   |              | VALOR A PAGAR                         | \$ 3.545.749,00 |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |              |                                       |                 |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| <p>Se realizan tres cursos complementarios, uno de Comidas rápidas de 40 horas con fecha de inicio del 12 al 16 de abril con ficha N° 2311483 y dos cursos de preparación Comidas rápidas-Amasijos de 60 horas del 17 al 30 de abril con fichas N° 2311818 y 2311769 de la ciudad de Villavicencio-Meta, a una población vulnerable, desplazada la cual lo aprendices aplican la normatividad vigente por las Juntas de Acción Comunal del barrio San Antonio y a una población de discapacidad Crecer Utilizar las plataformas tecnológicas institucionales en los reportes de tiempo de Sofía Plus, Consulta de programas con sus respectiva Apoyo en el registro de usuarios contratistas en la plataforma Secop II . Se consolido los Materiales de formación para el programa de Complementaria desplazados (control de calidad e inocuidad). La comunidad de Villavicencio, solicita el curso de programas de formación complementaria, prestar servicios con seriedad, responsabilidad y profesionalismo.</p> |  |  |  |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p><b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b></p> <p>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 diligenciados.</p> | <p><b>MIREYA GALINDO JIMENEZ</b><br/>EL CONTRATISTA</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p> | <p>Autorizo el presente pago.<br/>El Supervisor,</p> <p><b>JOHN ALBEIRO DIAZ CUADRO</b><br/>COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES</p> |

  

|                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>BERTHA LUCIA RAMÍREZ PARRA</b><br/>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p> |
|------------------------------------------------------------------------|



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-16, 01:09:45 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1036396070

Periodo Cotización:

marzo de 2021

Periodo Servicio:

marzo de 2021

Referencia pago (PIN):

8836719870

**PAGADO 13/04/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                        |  |  |                    |                             |
|---------------------|------------------------|--|--|--------------------|-----------------------------|
| Razón Social        | MIREYA GALINDO JIMENEZ |  |  | Dirección          | CL 11 SUR 33-28 LA ROSITA 3 |
| Documento           | CC51651833             |  |  | Teléfono           | 3138263236                  |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE          |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                       |
| Tipo Persona        | NATURAL                |  |  | Departamento       | META                        |
| Ciudad              | VILLAVICENCIO          |  |  | Identificación     |                             |
| Representante Legal |                        |  |  | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS         |
| Total Afiliados     | 1                      |  |  |                    |                             |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                        |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |                |                      | Riesgos        |                |                         | Cajas        |            |             | Parafiscales   |                |                      |             | Total       |             |      |                   |       |            |
|--------------------|------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres    | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | TSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP  | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión          | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud               | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 51651833        | MIREYA GALINDO JIMENEZ | 59             | 04                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 0        | 30       | 30       | 0              | (NIN-AF) NINGUNA AFP | \$ 0           | \$ 0           | (CCFC55) EPS-S CAJACOPI | \$ 1.424.000 | \$ 178.000 | 0,522       | \$ 1.424.000   | \$ 7.500       | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 185.500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 0        | \$ 1.424.000 | \$ 1.424.000 | \$ 0      | \$ 0            | \$ 178.000    | \$ 7.500        | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 185.500                     | \$ 0                    | \$ 185.500  |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.  
NIT. 830.131.993-1  
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE  
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8836719870

NUMERO DE APROBACION 892885

Fecha: 13/04/2021 14:29:07

DV: 313244

NUM. TRANSACCION 1034202478

Valor \$185,500.00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE  
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE  
IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA  
INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO  
OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL:  
018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL  
PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA