

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <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   | 11                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL DISTRITO CAPITAL                                                                                                                   |  | Código Centro     | 940410            |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                               |  | Fecha Elaboración | Junio de 2021     |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | JUNIO 2021 - 3,21 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 20210-721322      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 123414            |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                              |                                                                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | JOSE IVAN RONCANCIO GONZALEZ | C.C.                                                                                   | 14.471.944  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | jironcancio4@misena.edu.co   | IP/N° de contacto                                                                      | 3136451438  |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | NO RESPONSABLE               | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | NO          |
|                                                                                                                      |                              | Es declarante de renta?                                                                | SI          |
|                                                                                                                      |                              | Es Pensionado?                                                                         | NO          |
| Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | NO                           | Inducción SST                                                                          | SI          |
|                                                                                                                      |                              | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | SI          |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCO CAJA SOCIAL            | Tipo de cta                                                                            | AHORROS     |
|                                                                                                                      |                              | N° Cuenta                                                                              | 24527023078 |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | NO                           | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 | NO          |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO |               |                                     |                              |
|---------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                            | 2224735/2021  | N° Compromiso SIIF                  | 27221                        |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 40.820.000 | N ° Pago                            | 5                            |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 25.610.000 | Periodo objeto de pago              | Del 01/06/2021 Al 30/06/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 21.710.000 | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| (Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO |  |  |  |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.900.000 | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0         | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0  |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                           | \$ 3.900.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 2.591.550 | 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                           | Junio        | Mayo                             |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.560.000 | \$ 1.560.000                     | Valor Base retención en la fuente 2.591.550,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 195.000   | \$ 195.000                       | Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 249.600   | \$ 249.600                       | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0                             | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 8.200     | \$ 8.200                         | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |                                  | Menos Retencion IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |                                  | Reteica - 8299 33.379,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |                                  | 0,966%                                             |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -         |                                  | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |                                  | 0,000%                                             |
| 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           | \$ -         |                                  | 0,000%                                             |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -         |                                  | Otras Retenciones 0,00                             |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -         |                                  | 0,000%                                             |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 863.850   |                                  | 0,000%                                             |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |                                  | 0,000%                                             |
|                                                                       |              | Descuentos de Libranza           | 0,00                                               |
|                                                                       |              | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00                                               |
|                                                                       |              | VALOR A PAGAR                    | \$ 3.866.621,00                                    |

  

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.</p> <p>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.</p> <p>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.</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>JOSE IVAN RONCANCIO GONZALEZ</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>ROBERTO MARTINEZ CASTRO</b><br/>INSTRUCTOR</p> |

  

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**

  

**WAINE ANTONY TRIANA ALBIS**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                                                   |                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|---------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                                         | TELÉFONO           |                                           |
| CC                  | 14471944          | JOSE IVAN RONCANCIO GONZALEZ |        | CALLE 158 No 96A 25 TR 13 APT 203 BR 200A CALTEPE | 4689473            |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                                      | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | BOGOTÁ D. C.                                      | BOGOTÁ, D.C.       | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2021-05              | 2021-05                           | I             | 01/06/2021               | 50955927        | \$496.400        |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 200.000       | 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 | 256.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 256.000       | 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 | 8.400                  |                  |       |                        | 8.400                 | 0         | 0                     | 8.400               |                            |                     | 84                | 8.400         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.000       | 0         | 0                 | 32.000        | 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                              | 200.000                             | 200.000       |
| Pensión                | 1                              | 256.000                             | 256.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.400                               | 8.400         |
| CCF                    | 1                              | 32.000                              | 32.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 496.400                             | 496.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                                                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                                      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 14471944          | JOSE IVAN RONCANCIO GONZALEZ |        | CALLE 158 No 96A 25 TR 13 APT 203 BR GUADALUPE | 4689473            | boca247@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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2021-05              | 2021-05                           | I             | 01/06/2021               | 50955927        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$496.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |    |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     |     |    |            | SALUD    |           |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES           |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE     | MA | MA | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | 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   | 14471944              | RONCANCIO GONZALEZ JOSE IVAN | 59        | 0      | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |    |            | 25-14    | 1.600.000 | 256.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.600.000 | 200.000                | 14-23    | 1.600.000 | 1               | 8.400      | CCF24      | 1.600.000 | 32.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA