

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------------------|
|  <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   | 8                   |
|                                                                                                                                 | REGIONAL ATLÁNTICO                                                                                                                          |  | Código Centro     | 930210              |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                                |  | Fecha Elaboración | 30 de Abril de 2022 |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2022 - 1,22   |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 57286-357562        |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 401474              |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | YAMILE IBETH SANTIAGO ARIZA             | C.C.                                                                                   | 45.507.893                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | yamibeth.santiago@misena.edu.co         | IP/N° de contacto                                                                      | 52009                       |
| 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"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Es Pensionado?                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores                                                                  | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> SI |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCO COOMEVA S.A.                      | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 080100618301                |
| 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 2022 supera los \$ 125'413.200 | <input type="checkbox"/> NO |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO                |               |                                                                                                                                                                                                                         |                              |
|------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                           | 3334798/2022  | N° Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                      | 48922                        |
| Valor Total del Contrato                                   | \$ 28.143.186 | N ° Pago                                                                                                                                                                                                                | 4                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                | \$ 21.920.105 | Periodo objeto de pago                                                                                                                                                                                                  | Del 01/04/2022 Al 30/04/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                   | \$ 19.133.651 | Legalización comisiones del periodo                                                                                                                                                                                     | \$ 0,00                      |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) |               | PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN SALUD ORAL RADICADO 8-9-2022-002155...PLAZO 9 DIC 2022 |                              |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 2.786.454        | 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        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 2.786.454</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 1.611.491</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Abril        | Marzo        |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.114.582 | \$ 1.114.582 | Valor Base retención en la fuente 1.611.491,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 139.400   | \$ 139.400   | Valor Base retención en la fuente ICA 2.468.654,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 178.400   | \$ 178.400   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 5.900     | \$ 5.900     | 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 24.687,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              |                                                    |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         |              | 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 \$ 1.216.128                                       | \$ -         |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ 320.000   |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 537.164   |              | <b>VALOR A PAGAR \$ 2.761.767,00</b>               |
| Retención en la Fuente Contingente \$ -                               |              |              |                                                    |

  

**SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN SALUD ORAL RADICADO 8-9-2022-002155...PLAZO 9 DIC 2022 |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <b>YAMILE IBETH SANTIAGO ARIZA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO</b><br><b>INSTRUCTOR</b> |

  

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**

  

**ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                    |                        |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento    | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 45507893                   |    | SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 70 # 79-70 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3571952  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor     |
| 2022-03                           | 2022-03 | 1410481886 | 9433205257 | I        | 2022/04/25 | 2022/04/12 | BANCOLOMBIA | 0         | \$314,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                     |                |                 |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |         |              |     |        |  |
|------------------------------------------------------|----------------|-----------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|---------|--------------|-----|--------|--|
| EMPLEADO                                             |                |                 | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |         | PARAFISCALES |     |        |  |
| No.                                                  | Identificación | Nombres         | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte  | Dias         | IBC | Aporte |  |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                    |                |                 |         |      | \$1,082,118 | \$173,200 |        |      | \$1,082,118 | \$135,300 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,082,118 | \$5,700 |              | \$0 | \$0    |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |                 |         |      | \$1,082,118 | \$173,200 |        |      | \$1,082,118 | \$135,300 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,082,118 | \$5,700 |              | \$0 | \$0    |  |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) |                |                 |         |      | \$1,082,118 | \$173,200 |        |      | \$1,082,118 | \$135,300 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,082,118 | \$5,700 |              | \$0 | \$0    |  |
| 1                                                    | CC 45507893    | SANTIAGO YAMILE | 25-14   | 30   | \$1,082,118 | \$173,200 | EPS005 | 30   | \$1,082,118 | \$135,300 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,082,118 | \$5,700 | 0            | \$0 | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)                                  |                |                 |         |      | \$1,082,118 | \$173,200 |        |      | \$1,082,118 | \$135,300 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,082,118 | \$5,700 |              | \$0 | \$0    |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                    |                        |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion          | Ciudad-Departamento    | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 45507893                   |    | SANTIAGO ARIZA YAMILE IBETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 70 # 79-70 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3571952  | Si                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Días Mora | Valor     |
| 2022-03                           | 2022-03 | 1410481886 | 9433205257 | I        | 2022/04/25 | 2022/04/12 | BANCOLOMBIA | 0         | \$314,200 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$173,200        | \$0            | \$0                    | \$173,200        |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$173,200        | \$0            | \$0                    | \$173,200        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$5,700          | \$0            | \$0                    | \$5,700          |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$5,700          | \$0            | \$0                    | \$5,700          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$135,300        | \$0            | \$0                    | \$135,300        |  |
| SANITAS                      | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$135,300        | \$0            | \$0                    | \$135,300        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$314,200</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$314,200</b> |  |