

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|
|  <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     | 911710           |
|                                                                                                                                 | CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                                         |  | Fecha Elaboración | Junio de 2022    |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | MAYO 2022 - 2,22 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 29898-483464     |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 431296           |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | JEISON RAMIRO LOPEZ ALVAREZ             | C.C.                                                                                   | 86.055.100                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | jlopez@sena.edu.co                      | IP/N° de contacto                                                                      | 000                         |
| 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 |
|                                                                                                                      |                                         | 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:                                                                                             | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 39500051209                 |
| 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:                                           | 3479730/2022  | N° Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 27622                        |
| Valor Total del Contrato                                   | \$ 38.870.000 | N ° Pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                | \$ 28.210.000 | Periodo objeto de pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Del 01/05/2022 Al 31/05/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                   | \$ 24.310.000 | Legalización comisiones del periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 0,00                      |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) |               | "Prestar servicios Profesionales temporales para ejercer el rol de instructor Técnico y/o transversal de acuerdo a los diseños curriculares que ejecute el Centro Agroindustrial del Meta en los diferentes niveles y modalidades de formación profesional integral del programa FIC en la especialidad requerida y/o de su perfil." |                              |

  

| 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        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 3.900.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 2.299.050</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                           | Mayo         | Abril        |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.560.000 | \$ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00     |
| 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 Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |              | Reteica - 8299 13.822,00                           |
| 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                                       | \$ 390.000   |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 766.350   |              | <b>VALOR A PAGAR \$ 3.886.178,00</b>               |
| Retención en la Fuente Contingente \$ -                               |              |              |                                                    |

  

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Se derollo el programa de formacion N 72310301</p> <p>se ejcuto el programa de formación complementario N 72310434</p> <p>se proyecto el plan de trabajo del mes e mayo con 4 formaciones complementarias</p> <p>Se desarrollo el programa de formación complementaria N 72310253</p> <p>se ejecuto el programa e formación 76130570 en el municipio de restrepo</p> <p>se dio de formacion 4 complementario que dierpon un total de 180 hrs</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>JEISON RAMIRO LOPEZ ALVAREZ</b><br/><b>EL CONTRATISTA</b></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>RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ</b><br/><b>INSTRUCTOR G20</b></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**

  

**BELISARIO GOMEZ PERDOMO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                      |                    |                           |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                    |
| CC                                  | 86055100          | JEYSON RAMIRO LOPEZ ALVAREZ |        | CALLE 27 SUR 40 A 26 | 3162745590         | ramirolopez@misena.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                             |        | META                 | VILLAVICENCIO      |                           |
| 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    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2022-04              | 2022-04                           | I             | 16/05/2022               | 58297091        | \$527.000        |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF34         | Cofrem | 892000146-3 | 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                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 1                              | 32.000                              | 32.000        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 527.000                             | 527.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 86055100          | JEYSON RAMIRO LOPEZ ALVAREZ |        | CALLE 27 SUR 40 A 26 | 3162745590         | ramirolopez@misena.edu.co           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | META                 | VILLAVICENCIO      |                                     |
|                     |                   |                             |        |                      |                    | 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           |
| 2022-04              | 2022-04                           | I             | 16/05/2022               | 58297091        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$527.000     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | 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   | 86055100              | LOPEZ ALVAREZ JEYSON RAMIRO | 59        | 0       |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 25-14    | 1.600.000 | 256.000    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.600.000 | 200.000                | 14-23    | 1.600.000    | 3               | 39.000     | CCF34      | 1.600.000 | 32.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

# Comprobante

## de pago en línea



### COMPENSAR-OI

**Pago realizado por:** JEYSON RAMIRO LOPEZ ALVAREZ

**Nro. de recibo:** 58297091

**Descripción del pago:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Identificación del contribuyente:** 10.0.66.32

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 86055100

**Fecha y hora de la transacción:** Domingo 15 de Mayo de 2022 09:14:35 PM

**Nro. de comprobante:** 0000080885

**Valor pagado:** \$ 527,000.00

**Cuenta:** \*\*\*\*\*1209

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com](mailto:correosospchoso@bancolombia.com)