

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|
|  <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   | 54               |
|                                                                                                                                 | REGIONAL NORTE DE SANTANDER                                                                                                                 |  | Código Centro     | 911910           |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO                                                                                       |  | 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     | 79967-009985     |
| No. de documento 476967                                                                                                         |                                                                                                                                             |  |                   |                  |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | MIGUEL EDUARDO POSADA HADDAD            | C.C.                                                                                   | 13.271.347                  | IP/N° de contacto 3123926153                                                                   |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | meposadaH@sena.edu.co                   |                                                                                        |                             |                                                                                                |
| 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"/> SI             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | Presta Servicios Excluidos de IVA ? <input type="checkbox"/> NO                                |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     | N° Cuenta 83478315921                                                                          |
| 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:                                           | 3352884/2022  | N° Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                                   | 36922          |               |
| Valor Total del Contrato                                   | \$ 55.105.000 | N° Pago                                                                                                                                                                                                                                              | 5              |               |
| Saldo Anterior del Contrato                                | \$ 36.221.667 | Periodo objeto de pago                                                                                                                                                                                                                               | Del 01/06/2022 | Al 30/06/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                   | \$ 31.071.667 | Legalización comisiones del periodo                                                                                                                                                                                                                  | \$ 0,00        |               |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) |               | SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL ECOSISTEMA SENNOVA PARA IMPLEMENTAR DESDE EL CENTRO DE FORMACION PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO DE LA REGIONAL NORTE DE SANTANDER |                |               |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |  |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|--|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 5.150.000 | 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                           | \$ 5.150.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 3.035.925 | 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         | Valor Base retención en la fuente     | 3.035.925,00    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 2.060.000 | \$ 2.060.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 4.562.900,00    |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 257.500   | \$ 257.500   | Valor base IVA                        | 0,00            |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 329.600   | \$ 329.600   | IVA (Si es RESPONSABLE)               | 0,00            |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente          | 0,00            |
| ARL II                                                                | \$ 21.600    | \$ 21.600    | Menos Retención IVA                   | 0,00            |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         | -            | Reteica - 8299                        | 0,00            |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         | -            |                                       | 0,00            |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         | -            |                                       | 0,00            |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         | -            | Estampilla Departamental              | 103.000,00      |
| 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                                       | \$ 515.000   | -            |                                       | 0,00            |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         | -            | Descuentos de Libranza                | 0,00            |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 1.011.975 | -            | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00            |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         | -            | VALOR A PAGAR                         | \$ 5.047.000,00 |

  

| SON: CINCO MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                      |  |
| <p>Realizar contacto inicial de las empresas priorizadas y asignadas a las regiones de cobertura en el marco de la convocatoria</p> <p>Realizar las sensibilizaciones para el inicio y cierre de los acompañamientos de acuerdo con el cronograma definido</p> <p>Actualizar en el sistema de información del programa de Extensionismo Tecnológico la información de las empresas asignadas</p> <p>Diagnosticar las empresas asignadas con las herramientas definidas para esta actividad de acuerdo con la metodología de extensionismo</p> <p>Formular el plan de mejora identificando los indicadores a evaluar de las empresas asignadas, usando los formatos definidos</p> <p>Medir en las empresas asignadas los indicadores definidos en el plan de mejora de acuerdo con la metodología de ET</p> <p>Asesorar e implementar la metodología de extensionismo tecnológico a las empresas asignadas por el dinamizador de ET</p> <p>Documentar la información recolectada en el proceso de acompañamiento empresarial</p> <p>Registrar en el sistema de información del programa las acciones ejecutadas con las empresas asignadas de acuerdo con la metodología</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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | MIGUEL EDUARDO POSADA HADDAD<br>EL CONTRATISTA       |  |
| 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> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | LIANA CAROLINA OVALLES PABON<br>INSTRUCTOR G15       |  |
| <p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                      |  |
| <p>SERGIO ALONSO JACOME JACOME<br/>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                      |  |

Fecha creación reporte 2022-06-26, 10:01:01 a. m. | Tipo Planilla | Número Planilla 56718180

Periodo Cotización 202205 | Periodo Servicio 202205

## PAGADA 2022-05-19 10:01:01.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                              |  |  |                    |                         |
|---------------------|------------------------------|--|--|--------------------|-------------------------|
| Razón Social        | MIGUEL EDUARDO POSADA HADDAD |  |  |                    |                         |
| Documento           | CC 13271347                  |  |  | Dirección          | CL 16N #17 E - 134 NIZA |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                |  |  | Teléfono           | 5747742                 |
| Tipo Persona        | NATURAL                      |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                   |
| Ciudad              | CUCUTA                       |  |  | Departamento       | NORTE DE SANTANDER      |
| Representante Legal |                              |  |  | Identificación     |                         |
|                     |                              |  |  | Total Afiliados    | 1                       |

### II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |    |           |  |           |   |                              |                              |                   |                    |
|----------------|-------------|----|-----------|--|-----------|---|------------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Documento      | CC 13271347 |    | Residente |  | Exonerado | N | Apellidos y Nombres          | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral  |
| Tipo Cotizante | 59          | 00 |           |  |           |   | POSADA HADDAD MIGUEL EDUARDO | 54001000 - 54                |                   | NORTE DE SANTANDER |

### III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión      |                  |            |      |                  |                  | Salud             |            |                  |            |         | Riesgos      |            |            |              |            | Caja    |                |            |            | Parafiscales |             |             |             |             |             |      |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|---------|--------------|------------------|------------|------|------------------|------------------|-------------------|------------|------------------|------------|---------|--------------|------------|------------|--------------|------------|---------|----------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |            |              |         | Código AFP   | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC  | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF      | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |      |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |         |              |                  |            |      |                  |                  |                   |            |                  |            |         |              |            |            |              |            |         |                |            |            |              |             |             |             |             |             |      |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   |            |              |         | \$ 2.060.000 | 25-14            |            | 16 % | \$ 2.060.000     | \$ 329.600       | \$ 0              | \$ 0       | EPS037           |            | 12,5 %  | \$ 2.060.000 | \$ 257.500 | \$ 0       | 14-23        | 2          | 1,044 % | \$ 2.060.000   | \$ 21.600  | NIN-CC     | 0 %          | \$ 0        | \$ 0        | 0 %         | \$ 0        | 0 %         | \$ 0 |

### IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| COLPENSIONES          | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | NUEVA EPS           | POSITIVA DE SEGUROS   | NINGUNA CCF         | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 329.600            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 257.500          | \$ 21.600             | \$ 0                | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              |             |