SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL META**
**CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **953210** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **28444-311848** |
| **No. de documento** | **520318** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JENNY MARCELA GARCIA ARROYAVE | **C.C.** | 1.013.600.228 | **IP/Nº de contacto** | 3132204781 |
| **Correo electrónico contratista:** | jmgarciaa@sena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** NO | **Es Pensionado?** NO |
| **Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 61813340142 |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200** | | | NO |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3456438/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **16022** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.727.890 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 16.737.290 | **7** | **Del** | **01/08/2022** | **Al** **31/08/2022** | **$ 3.665.100,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.072.190 | | Legalización comisiones del periodo | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS DE NIVEL TITULADA REGULAR Y COMPLEMENTARIA DE LOS PROGRAMAS A CARGO DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA DE SERVICIO, DE ACUERDO CON SU PERFIL, DISEÑ

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.665.100 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.665.100** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.435.400** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Agosto | Julio | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **60178672** | Valor Base retención en la fuente | 2.435.400,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.466.040 | $ 1.466.040 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.247.200,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 183.300 | $ 183.300 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 234.600 | $ 234.600 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 7.700 | $ 7.700 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 12.989,00 | 0,400% |
| 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 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ - | | | | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 811.800 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.652.111,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Producción Multimedia ficha 2281801, 2282111, 2282173: Alistamiento contenidos Territorium de acuerdo al programa de formación
Asistencia Administrativa ficha 2524792: Alistamiento contenidos Territorium de acuerdo al programa de formación
Producción Multimedia ficha 2281801, 2282111, 2282173: Ejecución de la formación Virtual
Asistencia Administrativa ficha 2524792: Ejecución de la formación Virtual
Producción Multimedia ficha 2281801, 2282111, 2282173: Verificación y calificación juicios evaluativos (TERRITORIUM Y SENASOFIA)
Asistencia Administrativa ficha : Verificación y calificación juicios evaluativos (TERRITORIUM Y SENASOFIA)
Elaboración de documentación requerida para el pago del cuenta de cobro mes de Agosto

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**
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.

**JENNY MARCELA GARCIA ARROYAVE**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

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.
El Supervisor,

**LUZ MYRIAM GUTIERREZ ARROYO**
**CONTRATISTA**

**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**

**JOHANNA CRISTINA VASQUEZ DIAZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1013600228- | JENNY MARCELA GARCIA ARROYAVE | U ✓ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2022 | 7 | 2022 | 6017867 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA, PRIVADA ✓, MIXTA | PEQUEÑO, GRANDE, INDEPENDIENTE ✓ | 14-23 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| carrera 8a 3 31 sur | BOGOTÀ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 6953437 | | jemaga01@gmail.com | 8299 | 0 | 1 | 2022/07/28 | 1573730011 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564-7 | 183.300 | 0 | | 0 | | 0 | 183.300 | 0 | 0 | 0 | 183.300 | 0 | | 0 | 0 | 183.300 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004-7 | 234.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 234.600 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153-6 | 7.700 | | 0 | 0 | 7.700 |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 7.700 | | 0 | 77 | 7.700 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 234.600 | 234.600 |
| SALUD | 183.300 | 183.300 |
| RIESGOS LABORALES | 7.700 | 7.700 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 425.600 | 425.600 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1013600228 | GARCIA ARROYAVE JENNY MARCELA | EPS017 | 25-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.466.040 | 1.466.040 | 0 | 1.466.040 | 0 | | | 234.600 | 0 | 0 | 183.300 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# Comprobante

de pago en línea

## COMPENSAR-OI

**Pago realizado por:** JENNY MARCELA GARCIA ARROYAVE

**Nro. de recibo:** 60178672

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

**Identificación del contribuyente:** 10.0.66.32

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 1013600228

**Fecha y hora de la transacción:** Jueves 28 de Julio de 2022 11:38:26 AM

**Nro. de comprobante:** 0000007744

**Valor pagado:** $ 425,600.00

**Cuenta:** *******0142

**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 correosospechoso@bancolombia.com