

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|
|  <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   | 5                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL ANTIOQUIA                                                                                                                          |  | Código Centro     | 950410           |
|                                                                                                                                 | COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO-ANTIOQUIA - BIENESTAR AP                                                          |  | Fecha Elaboración | Agosto 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     | 72616-761006     |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 525679           |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | MANUELA LOPEZ HENAO                     | C.C.                                                                                   | 1.039.099.218               |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | lopezmanuela280@gmail.com               | IP/N° de contacto                                                                      | 44224                       |
| 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                                                                              | 73900019081                 |
| 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:                                           | 3455950/2022  | N° Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                              | 26622                        |
| Valor Total del Contrato                                   | \$ 41.920.450 | N ° Pago                                                                                                                                                                                                                                        | 7                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                | \$ 19.054.750 | Periodo objeto de pago                                                                                                                                                                                                                          | Del 01/08/2022 Al 31/08/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                   | \$ 15.243.800 | Legalización comisiones del periodo                                                                                                                                                                                                             | \$ 0,00                      |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) |               | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROPONER Y DESARROLLAR ACTIVIDADES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO Y HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL DE BIENESTAR PARA EL APRENDIZ. |                              |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.810.950 | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0         | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0  |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                           | \$ 3.810.950 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 2.532.263 | 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                           | Agosto       | Julio        |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.524.380 | \$ 1.524.380 | Valor Base retención en la fuente 2.532.263,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 190.600   | \$ 190.600   | Valor Base retención en la fuente ICA 3.376.350,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 244.000   | \$ 244.000   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 8.000     | \$ 8.000     | 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 0,00                                |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              | Jaime Isaza Cadavid 15.244,00                      |
| 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           | \$ -         |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ -         |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         |              | VALOR A PAGAR \$ 3.795.706,00                      |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 844.088   |              |                                                    |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |              |                                                    |

  

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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>MANUELA LOPEZ HENAO</b><br/>EL CONTRATISTA</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</p> | <p>Autorizo el presente pago.<br/>El Supervisor,</p> <p><b>HOOVER ALEXANDER QUINTERO AVALOS</b><br/>PROFESIONAL G02</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**

  

**ANGIE CAROLINA TUNJANO GUTIÉRREZ**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                           |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1039099218                                        | NÚMERO PLANILLA:               | 4455764603 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | MANUELA LOPEZ HENAO                               | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2022             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |                      |                           | ANTIOQUIA                                         | DÍAS DE MORA:                  | 12         |                           | 2022             |
| DIRECCIÓN:                                                                | NUEVO APARTADO       | DEPARTAMENTO:             | 8888888                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2022/08/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9991069920       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | TELÉFONO:                 | I-INDEPENDIENTE                                   |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | CLASE APORTANTE:          |                                                   |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |                                |            |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                           | NO                                                |                                |            |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |          |              |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|----------|--------------|
| ADMINISTRADORA          |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |          |              |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA     | VALOR PAGADO |
| 230201                  | 230201- PROTECCION | 1              | \$ 244.000 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 2.600   | \$ 0 | \$ 244.000 | \$ 2.600 | \$ 246.600   |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 244.000 | \$ 2.600 | \$ 246.600   |

| TOTAL APORTES A SALUD |                          |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |          |            |              |      |            |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|----------|------------|--------------|------|------------|
| ADMINISTRADORA        |                          | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |          |            |              |      |            |
| CÓDIGO                | NOMBRE                   |                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA     | DESCUENTO  | VALOR PAGADO |      |            |
| EPS040                | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1                 |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 190.600  |             | \$ 0       | \$ 2.000    |            | \$ 0     | \$ 190.600 | \$ 2.000     | \$ 0 | \$ 192.600 |
| SUBTOTALES:           |                          |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 190.600 | \$ 2.000 |            | \$ 0         |      | \$ 192.600 |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |          |        |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|----------|--------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES  |        |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES  | MORA   | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 8.000    | \$ 8.000 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 8.100     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 8.000 | \$ 100 | \$ 0      | \$ 8.100     |

[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 447.300</b> |
|--------------|-------------------|