

|                                                                                                                           |                                                                                                                                             |               |                   |                   |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|--------|
|  <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |               | Código Regional   | 95                |        |
|                                                                                                                           | REGIONAL GUAUVIARE                                                                                                                          |               | Código Centro     | 953310            |        |
|                                                                                                                           | CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISTICO Y TECNOLÓGICO DEL GUAUVIARE - SERVICIOS PRE                                                  |               | Fecha Elaboración | Setiembre 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 | 16547-767207      | No. de documento  | 546867 |

|                                                                                                                      |                |                                                                                        |         |                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                |                                                                                        |         |                                    |             |
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     |                | NAIDA CAROLINA CESPEDES CASTRO                                                         |         | C.C.                               | 40.216.784  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      |                | ncspedes@sena.edu.co                                                                   |         | IP/N° de contacto                  | 85340       |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | NO      | Es declarante de renta?            | NO          |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores a los del 2020?                                                  | NO             | Inducción SST                                                                          | SI      | Presta Servicios Excluidos de IVA? | SI          |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA    | Tipo de cta                                                                            | AHORROS | N° Cuenta                          | 63265441452 |
| 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 |               |                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                        |
| N° del contrato:                            | 3431923/2022  | N° Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                                          | 10122      |                        |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 43.560.227 | N° Pago                                                                                                                                                                                                                                                     | 8          | Periodo objeto de pago |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 14.703.294 | Del                                                                                                                                                                                                                                                         | 01/09/2022 | Al                     |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 10.580.875 | Legalización comisiones del periodo                                                                                                                                                                                                                         | \$ 0,00    |                        |
| OBJETO CONTRACTUAL:                         |               | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA FORMACIÓN EN ÁREA INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN - INTERACCIÓN, CON LOS DEMÁS, CON LA NATURALEZA. EN EL CDATTG, EN GUAUVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000230 |            |                        |

|                                                      |              |                                           |       |  |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|--|
| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |  |
| Ingresos por honorarios                              | \$ 4.122.419 | 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                           | \$ 4.122.419 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 2.739.239 | 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                            | Setiembre    | Agosto       | Valor Base retención en la fuente     | 2.739.239,00    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.648.968 | \$ 1.648.968 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.652.319,00    |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 206.200   | \$ 206.200   | Valor base IVA                        | 0,00            |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 263.900   | \$ 263.900   | IVA (Si es RESPONSABLE)               | 0,00            |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención en la Fuente          | 0,00            |
| ARL                                                                   | \$ 8.700     | \$ 8.700     | 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       | \$ -         | \$ -         | Otras Retenciones                     | 0,00            |
| 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                         | \$ 4.122.419,00 |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 913.080   | \$ -         |                                       |                 |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         | \$ -         |                                       |                 |

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Alistamiento y registro en Sofia plus de documentos de identidad de los estudiantes de las IE que harán parte de los técnicos durante el año 2023, solicitud de apertura de 4 fichas de programas complementarios en Autogestión del ser humano hacia la productividad y la transformación social, proceso de enrutar y evaluar las fichas en las fechas establecidas

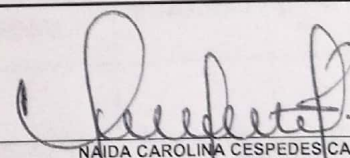
Aplicación de pruebas IPO a los estudiantes de los grados 9° de las IE oficiales del municipio de San José del Guaviare zona urbana que harán parte del proceso de articulación con la educación media

proceso de alistamiento de guías y material de formación para el desarrollo de los programas formativos

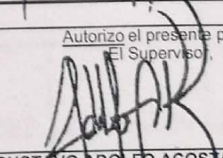
Elaboración de actas de finalización de los programas complementarios

Cargue de guías y demás documentos al Drive.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. | <br><b>NAIDA CAROLINA CESPEDES CASTRO</b><br>EL CONTRATISTA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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**

\_\_\_\_\_  
**LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO**  
 SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                |        |                                         |                       |                        |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------|-----------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO              | CORREO                 |
| CC                                  | 40216784          | NAIDA CAROLINA CESPEDES CASTRO |        | CALLE 8 - 24 - 30 SAN JOSE DEL GUAVIARE | 3105576269            | nccespedes@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                            | CIUDAD / MUNICIPIO    |                        |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                                |        | GUAVIARE                                | SAN JOSÉ DEL GUAVIARE |                        |
| 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   |
| 2022-09              | 2022-09                           | I             | 05/09/2022               | 61495278        | \$479.000        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264-2 | 206.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 206.300       | 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 | 264.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 264.000       | 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 | 8.700                  |                  |       |                        | 8.700                 | 0         | 0                     | 8.700               |                            |                     | 87                | 8.700         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

| 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                              | 206.300                             | 206.300       |
| Pensión                | 1                              | 264.000                             | 264.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.700                               | 8.700         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 479.000                             | 479.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                                        |                       |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|----------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN                              | TELÉFONO              | CORREO                              |
| CC                  | 40216784          | NAIDA CAROLINA CESPEDES CASTRO |        | CALLE 8 - 24 - 30 SAN JOSE DELGUAVIARE | 3105576269            | nccespedes@hotmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                           | CIUDAD / MUNICIPIO    |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | GUAVIARE                               | SAN JOSÉ DEL GUAVIARE |                                     |
|                     |                   |                                |        |                                        |                       | 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       |
| 2022-09              | 2022-09                           | I             | 05/09/2022               | 61495278        | \$479.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       |          |           |                        |          |         |                 |            |            |              |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|----|----|----|----|-------|----------|-----------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|--------------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |    |    |    |    | SALUD |          |           | RIESGOS LABORALES      |          |         | CCF             |            |            | PARAFISCALES |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | MA | MA | MA | MA | MA    | 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   | 40216784              | CESPEDES CASTRO NAIDA CAROLINA | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |    |    |    |    |       | 25-14    | 1.650.000 | 264.000                | 0        | 0       | 0               | 0          | EPS037     | 1.650.000    | 206.300    | 14-23                  | 1.650.000   | 1           | 8.700       |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01     |
|                                                                                   |                                                                                                                                          | Fecha: 15.10.2020 |
|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) CESPEDDES CASTRO NAIDA CAROLINA identificado(a) con CC. 40216784 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

| Regional | Centro | Modulo | Placa    | Valor        |
|----------|--------|--------|----------|--------------|
| 95       | 953310 | INVE   | 95331695 | \$738.920,00 |

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: .....1

VALOR TOTAL: ..... \$738.920,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 14 de Setiembre de 2022 a las 17:34:08