



SERVICIO NACIONAL  
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES  
REGIONAL VALLE  
CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES-VALLE - SERVICIOS PR

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| Código Regional   | 76               |
| Código Centro     | 912510           |
| Fecha Elaboración | Junio de 2020    |
| Versión           | MAYO 2020 - 4,20 |
| ID de Proceso     | 74585-921416     |

DATOS DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                       |                                         |                                                                                        |                             |                         |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                                      | YAMILED GONZALEZ ROJAS                  | C.C.                                                                                   | 29.307.769                  | IP/Nº de contacto       | 3164591756                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                                       | ygonzalezr@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"/> NO |
| Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000                                                                                        | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | Es Pensionado?          | <input type="checkbox"/> NO |
| Banco al cual consignar:                                                                                                              | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     | Nº Cuenta               | 85418573894                 |
| 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 2020 supera los \$ 117.503.000 | <input type="checkbox"/> NO |                         |                             |
| Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:                                                              | <input type="checkbox"/> NO             |                                                                                        |                             |                         |                             |
| Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:        | <input type="checkbox"/> SI             |                                                                                        |                             |                         |                             |
| Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: | <input type="checkbox"/> NO             |                                                                                        |                             |                         |                             |

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                             |                 |                        |                              |
|-----------------------------|-----------------|------------------------|------------------------------|
| Nº del contrato:            | 1332850/2020    | Nº Compromiso SIIF     | 20020                        |
| Valor Total del Contrato    | \$ 38.912.207   | Nº Pago                | 5                            |
| Saldo Anterior del Contrato | \$ 24.130.622   | Periodo objeto de pago | Del 01/06/2020 Al 30/06/2020 |
| Nuevo Saldo del Contrato    | \$ 20.340.472   | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| Valor Bruto Pago            | \$ 3.790.150,00 |                        |                              |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |              |                                           |       |
|--------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 3.790.150 | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0         | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0  |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0         |                                           |       |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO                 | \$ 3.790.150 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE           | \$ 2.518.463 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |

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

|                                                                 | Junio        | Mayo         |                                       |                 |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|-----------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS                      |              | 43075958     | Valor Base retención en la fuente     | 2.518.463,00    | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                | \$ 1.516.060 | \$ 1.516.060 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.357.950,00    |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                     | \$ 189.600   | \$ 189.600   | Valor base IVA                        | 0,00            |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                   | \$ 242.600   | \$ 45.500    | 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 II                                                          | \$ 15.900    | \$ 15.900    | Menos Retención IVA                   | 0,00            | 15%    |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias           | \$ -         | \$ -         | Reteica - 8299                        | 0,00            | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                               | \$ -         | \$ -         |                                       | 0,00            |        |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 | \$ -         | \$ -         | Aporte Voluntario Dec. 568/2020       | 0,00            | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700                     | \$ -         | \$ -         | Pro-UCEVA                             | 18.951,00       | 0,500% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes   | \$ -         | \$ -         | Universidad del Pacifico              | 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 \$ 1.139.424                                 | \$ -         | \$ -         |                                       |                 |        |
| Salud hasta \$ 569.712                                          | \$ -         | \$ -         | Descuentos de Libranza                | 0,00            |        |
| Renta Exenta 25% \$ 8.545.680                                   | \$ 839.488   | \$ -         | Descuentos de embargo (Si tiene)      | 0,00            |        |
| Retención en la Fuente Contingente                              | \$ -         | \$ -         | VALOR A PAGAR                         | \$ 3.771.199,00 |        |

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Relaciono pago seguridad social mes de mayo  
Informe mensual de ejecución contractual GTH\_F-062V06 del mes de junio

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

YAMILED GONZALEZ ROJAS  
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;
- 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,

JHON FERNANDO VILLADA SERNA  
INSTRUCTOR G20

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

GERMAN SUAREZ GARCIA  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

# Comprobante

de pago en línea



## COMPENSAR-OI

**Pago realizado por:** JAIR WILBERTH TORIJANO MARTINEZ

**Nro. de recibo:** 43075958

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

**Identificación del contribuyente:** 186.119.74.184

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 29307769

**Fecha y hora de la transacción:** Martes 2 de Junio de 2020 01:50:32 PM

**Nro. de comprobante:** 0000069210

**Valor pagado:** \$ 251,200.00

**Cuenta:** \*\*\*\*\*9781

**Bancolombia S.A.**

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

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |               |                 |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       | DIRECCIÓN     | TELÉFONO        | CORREO                              |
| CC                  | 28307789          | YANILED GONZALEZ ROJAS | CALLE 7 #3-15 | 2236046         | TORUJAR@HOTMAIL.COM                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL        | CÓDIGO        | DEPARTAMENTO    | CUIDAD / MUNICIPIO                  |
| UNICA               | 1 - Independiente |                        |               | VALLE DEL CAUCA | BUGALAGRANDE                        |
|                     |                   |                        |               |                 | 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 1<br>UPC 0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR        |
| 2020-05              | 2020-05                           | 1             |                          | 43075985        | \$251,200            |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |            |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |               |               |
|---------------|------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre     | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora UPC        | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |            |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           | Valor Mora Cotización |               |               |
| EPS005        | Santas EPS | 800251440-6 | 189,700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 189,700       | 1             |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |               |                 |                     |                                      |
|---------------------|-------------------|------------------------|---------------|-----------------|---------------------|--------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       | DIRECCIÓN     | TELÉFONO        | CORREO              | EXONERAR PAGO FARMACÉUTICA E Y SALUD |
| CC                  | 29307769          | YAMILED GONZÁLEZ ROLAS | CALLE 7 #3-15 | 2236046         | TORLAIN@HOTMAIL.COM |                                      |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL        | CÓDIGO        | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO  | NO                                   |
| UNICA               | I – Independiente |                        |               | VALLE DEL CAUCA | BUGLAGRANDE         |                                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                                  |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO PLANILLA (DIAMES/ANO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                                  |                 | EMPLEADOS     | UNC |
|                      |                                  |               |                                  |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                                  |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2020-05              | 2020-05                          | 1             |                                  | 43079988        | \$251.200     |     |

**DETALLE POR COTIZANTE**[illegible]