

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  |                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>76</b>                 |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Código Centro</b>     | <b>912410</b>             |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>Diciembre de 2020</b>  |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>87499-043976</b>       |

  

|                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b> ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ                                                                                 |                                                       | <b>C.C.</b> 94.308.369                                                                           | <b>IP/N° de contacto</b> 3176988240 |  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b> irubiano@sena.edu.co                                                                                      |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |
| <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE                                                                                                           | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> NO | <b>Es declarante de renta?</b> SI                                                                | <b>Es Pensionado?</b> NO            |  |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b> SI                                                                                         | <b>Inducción SST</b> SI                               | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> SI                                                    |                                     |  |
| <b>Banco al cual consignar:</b> DAVIVIENDA                                                                                                       | <b>Tipo de cta</b> AHORROS                            | <b>N° Cuenta</b> 16270257294                                                                     |                                     |  |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> NO                   |                                                       | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> NO |                                     |  |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b> N/A                                                              |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b> N/A        |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |
| <b>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:</b> N/A |                                                       |                                                                                                  |                                     |  |

  

|                                                    |                                 |                               |  |                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                 |                               |  |                                       |
| <b>N° del contrato:</b> 1423625/2020               | <b>N° Compromiso SIIF</b> 33120 |                               |  |                                       |
| <b>Valor Total del Contrato</b> \$ 33.300.000      | <b>N° Pago</b> 10               | <b>Periodo objeto de pago</b> |  | <b>Valor Bruto Pago</b> \$ 370.000,00 |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b> \$ 370.000      | <b>Del</b> 01/12/2020           | <b>Al</b> 03/12/2020          |  |                                       |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b> \$ 0               | <b>Comisiones</b> \$ 0,00       |                               |  |                                       |

  

|                                                             |                                                        |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                                        |  |  |  |
| <b>Ingresos por honorarios</b> \$ 370.000                   | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b> 0,00% |  |  |  |
| <b>Ingresos por comisiones</b> \$ 0                         | <b>Retención en la Fuente del Periodo</b> \$ 0         |  |  |  |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0      |                                                        |  |  |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 370.000                | <b>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</b> \$ 0          |  |  |  |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> \$ 71.820           | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0             |  |  |  |

  

|                                                                              |                     |                                                         |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                     |                                                         |               |  |
|                                                                              | <b>Diciembre</b>    | <b>Noviembre</b>                                        |               |  |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>1033769855</b>   |                                                         |               |  |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b> \$ 877.803                           | <b>\$ 1.480.000</b> | <b>Valor Base retención en la fuente</b> 71.820,00      | <b>TARIFA</b> |  |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b> \$ 109.800                | <b>\$ 185.000</b>   | <b>Valor Base retención en la fuente ICA</b> 119.700,00 |               |  |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b> \$ 140.500              | <b>\$ 236.800</b>   | <b>Valor base IVA</b> 0,00                              |               |  |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b> \$ -              | <b>\$ 0</b>         | <b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b> 0,00                     | <b>19%</b>    |  |
| <b>ARL II</b> \$ 9.200                                                       | <b>\$ 15.500</b>    | <b>Menos Retención en la Fuente</b> 0,00                | <b>0,00%</b>  |  |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b> \$ -            |                     | <b>Menos Retención IVA</b> 0,00                         | <b>15%</b>    |  |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b> \$ -                                |                     | <b>Reteica - 8299</b> 0,00                              | <b>0,000%</b> |  |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000</b> \$ -  |                     | <b>Pro-UCEVA</b> 1.850,00                               | <b>0,500%</b> |  |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700</b> \$ -                      |                     | <b>Universidad del Pacífico</b> 0,00                    | <b>0,000%</b> |  |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -    |                     | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                           | <b>0,000%</b> |  |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -      |                     | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                           | <b>0,000%</b> |  |
| <b>Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -     |                     | <b>Descuentos de Libranza</b> 0,00                      |               |  |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.139.424</b> \$ 37.000                             |                     | <b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b> 0,00            |               |  |
| <b>Salud hasta \$ 569.712</b> \$ -                                           |                     | <b>VALOR A PAGAR</b> \$ 368.150,00                      |               |  |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.545.680</b> \$ 28.050                               |                     |                                                         |               |  |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b> \$ -                               |                     |                                                         |               |  |

  

|                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SON: TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE</b>                                                   |  |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                        |  |
| VER INFORME MENSUAL DE SOFIA PLUS DEL MES DE DICIEMBRE Y SE ANEXA PLANILLA DE PAGO DEL MES DE DICIEMBRE NUMERO 1034332566 |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |
| 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. | <b>ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ EL CONTRATISTA</b>      |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Autorizo el presente pago.</b><br>El Supervisor, |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>LILIANA URRIBAGO FONTAL INSTRUCTOR</b>           |
| <b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b><br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                     |
| <b>CESAR AUGUSTO VICTORIA CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-11, 11:00:03 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1033769855

Periodo Cotización:

noviembre de 2020

Periodo Servicio:

noviembre de 2020

Referencia pago (PIN):

8821446850

## PAGADO 11/12/2020

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                          |  |  |                    |                     |
|---------------------|--------------------------|--|--|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ |  |  | Dirección          | CALLE 25A 36 17     |
| Documento           | CC94308369               |  |  | Teléfono           | 3176988240          |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE            |  |  | Forma Presentación | ÚNICO               |
| Tipo Persona        | NATURAL                  |  |  | Departamento       | VALLE DEL CAUCA     |
| Ciudad              | PALMIRA                  |  |  | Identificación     |                     |
| Representante Legal |                          |  |  | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS |
| Total Afiliados     | 1                        |  |  |                    |                     |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                          |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |                      |              | Riesgos        |                   |              | Cajas        |        |              | Parafiscales   |                      |          |             | Total       |             |      |                   |            |
|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------------------|--------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres      | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP  | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Administradora       | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora    | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 94308369        | ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   | 30        | 30       | 30       | 0        | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.480.000 | \$ 236.800     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.480.000 | \$ 185.000   | 1,044  | \$ 1.480.000 | \$ 15.500      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 437.300 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.480.000 | \$ 1.480.000 | \$ 1.480.000 | \$ 0      | \$ 236.800      | \$ 185.000    | \$ 15.500       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 437.300                     | \$ 0                    | \$ 437.300  |



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-11, 11:09:42 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1034332566

Periodo Cotización:

diciembre de 2020

Periodo Servicio:

diciembre de 2020

Referencia pago (PIN):

8811128180

**PAGADO 11/12/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                          |  |  |                    |                     |
|---------------------|--------------------------|--|--|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ |  |  | Dirección          | CALLE 25A 36 17     |
| Documento           | CC94308369               |  |  | Teléfono           | 3176988240          |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE            |  |  | Forma Presentación | ÚNICO               |
| Tipo Persona        | NATURAL                  |  |  | Departamento       | VALLE DEL CAUCA     |
| Ciudad              | PALMIRA                  |  |  | Identificación     |                     |
| Representante Legal |                          |  |  | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS |
| Total Afiliados     | 1                        |  |  |                    |                     |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                          |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |                      | Riesgos        |             |                   | Cajas          |            |              | Parafiscales |             |                      |                | Total    |             |             |             |      |                   |       |
|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------------------|----------------|-------------|-------------------|----------------|------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres      | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP  | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS             | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión    | Administradora | IBC Salud  | Aporte Salud | Tarifa       | IBC Riesgos | Aporte Riesgos       | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 94308369        | ISRAEL RUBIANO RODRIGUEZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   | 30        | 30       | 30       | 0        |          | (25-14) COLPENSIONES | \$ 877.803     | \$ 140.500  | (EPS010) EPS SURA | \$ 877.803     | \$ 109.800 | 1,044        | \$ 877.803   | \$ 9.200    | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0           | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 259.500        |       |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud  | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 877.803  | \$ 877.803 | \$ 877.803  | \$ 0      | \$ 140.500      | \$ 109.800    | \$ 9.200        | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 259.500                     | \$ 0                    | \$ 259.500  |