

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SENA</b><br/>SERVICIO NACIONAL<br/>DE APRENDIZAJE</p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 19                |
|                                                                                                                                              | REGIONAL CAUCA                                                                                                                              |  | Código Centro     | 911310            |
|                                                                                                                                              | CENTRO AGROPECUARIO CAUCA TECNOACADEMIA                                                                                                     |  | Fecha Elaboración | Mayo de 2021      |
|                                                                                                                                              | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | ENERO 2021 - 1,21 |
|                                                                                                                                              | Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)                                                          |  | ID de Proceso     | 32439-494932      |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 102054            |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ             | C.C.                                                                                   | 1.061.738.552               |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | lmdorado@sena.edu.co                    | IP/N° de contacto                                                                      | 221444                      |
| 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 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> SI |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCO COLPATRIA                         | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 9492026139                  |
| 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 2021 supera los \$ 119'806.000 | <input type="checkbox"/> NO |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO |                 |                        |                              |
|---------------------------------------------|-----------------|------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                            | 2404223/2021    | N° Compromiso SIIF     | 70321                        |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 40.950.000   | N ° Pago               | 2                            |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 37.158.334   | Periodo objeto de pago | Del 01/05/2021 Al 31/05/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 32.608.334   | Comisiones             | \$ 0,00                      |
| Valor Bruto Pago                            | \$ 4.550.000,00 |                        |                              |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| (Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| SERVICIOS PERSONALES COMO FACILITADOR PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE I+D+I A , ORIENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO A LOS APRENDICES, EN LOS PROYECTOS DE LA LÍNEA DE FORMACIÓN BIOTECNOLOGÍA- PLAZO HASTA AL 30-12-2021, MENSUALIDAD DE ABRIL A DIC DE 4.550.000 C/U |  |  |  |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 4.550.000 | 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                           | \$ 4.550.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 3.023.475 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
|                                                                       | Mayo         | Abril        |                                                    |
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | -----        | 1037595332   |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.820.000 | \$ 1.516.666 | Valor Base retención en la fuente 3.023.475,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 227.500   | \$ 189.600   | Valor Base retención en la fuente ICA 4.031.300,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 291.200   | \$ 242.700   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL II                                                                | \$ 19.100    | \$ 15.900    | 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 - 300 8.063,00                             |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              | 0,200%                                             |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -         |              |                                                    |
| 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           | \$ -         |              | 0,000%                                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -         |              | 0,000%                                             |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 1.007.825 |              | 0,000%                                             |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
|                                                                       |              |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
|                                                                       |              |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
|                                                                       |              |              | VALOR A PAGAR \$ 4.541.937,00                      |

  

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Prestar asesoría a los estudiantes<br>Asistir a reuniones y capacitaciones<br>Realizar el proceso de formación en la institución educativa<br>Cumplir con los trabajos y procesos<br>Colaborar en la realización de guías para el proceso educativo<br>Proceder para la asignación de fichas<br>Planificar y organizar las dinámicas para los procesos formativos |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <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. | <b>LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

  

| 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 período 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>FABIAN JAVIER LASSO ORDONEZ</b><br><b>INSTRUCTOR G14</b> |

  

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**

  

**ANDRESS COLLAZOS ROBLES**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-05-11, 01:32:46 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1037595332

Periodo Cotización:

mayo de 2021

Periodo Servicio:

mayo de 2021

**PAGADO 11/05/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                             |  |  |                    |                           |
|---------------------|-----------------------------|--|--|--------------------|---------------------------|
| Razón Social        | LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ |  |  | Dirección          | TV 4B #34 AN - 14 CASA 54 |
| Documento           | CC1061738552                |  |  | Teléfono           | 8318520                   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE               |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                     |
| Tipo Persona        | NATURAL                     |  |  | Departamento       | CAUCA                     |
| Ciudad              | POPAYAN                     |  |  | 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 | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | 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 1061738552      | LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0   | 30       | 30       | 30       | 0        |          | (230301) PORVENIR | \$ 1.820.000   | \$ 291.200   | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.820.000   | \$ 227.500 | 1,044        | \$ 1.820.000 | \$ 19.100   | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0           | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 537.800        |       |

## 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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.820.000 | \$ 1.820.000 | \$ 1.820.000 | \$ 0      | \$ 291.200      | \$ 227.500    | \$ 19.100       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 537.800                     | \$ 0                    | \$ 537.800  |



#### Información de la Planilla Pagada

|                                          |                             |
|------------------------------------------|-----------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                 |
| Descripción                              | Pago de SuAporte            |
| Fecha                                    | 2021-05-11, 01:27:36 PM     |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | mayo de 2021                |
| Periodo de Cotización Para Salud         | mayo de 2021                |
| Empresa                                  | LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1061738552               |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                         |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1037595332                  |
| Tipo de Planilla                         | I                           |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 986636910                   |
| Banco                                    | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE |
| Valor                                    | \$ 537.800                  |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                    |
| Dirección IP de Origen                   | 10.0.19.58                  |

| Nit        | Código | Administradora                          | Número Afiliados      | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|------------|--------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR                                | 1                     | \$ 291.200     | \$ 0                 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1                     | \$ 227.500     | \$ 0                 |
| N860011153 | 14-23  | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS      | 1                     | \$ 19.100      | \$ 0                 |
|            |        |                                         | <b>SubTotales:</b>    | \$ 537.800     | \$ 0                 |
|            |        |                                         | <b>Total a Pagar:</b> |                | \$ 537.800           |