

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL SANTANDER</p> <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	68
	Código Centro	954510
	Fecha Elaboración	19 Noviembre de 2021
	Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	ID de Proceso	17578-815786
	No. de documento	276681

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA	C.C.	63.513.867
Correo electrónico contratista:	maria.gonzalezs8315@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3016306715
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO	
Banco al cual consignar:	SCOTIABANK COLPATRIA	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	382055404	
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 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2933813/2021	N° Compromiso SIIF	181221
Valor Total del Contrato	\$ 8.227.301	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.075.545	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2021 Al 30/11/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.278.329	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN EN RED SISTEMAS, PROGRAMA REC REGULAR EN EL CATA. PL: 2 M Y 5 D. VR MES 3.797.216			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.797.216	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	2,38%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 2.151.756	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 93.759
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.948.972	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.942.729	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 93.759

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	3.942.729,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.518.886	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente ICA	3.364.216,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.900	\$ 113.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 243.100	\$ 145.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	93.759,00
ARL II		\$ 15.900	\$ 9.500	Menos Retencion 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		\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800		\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 145.400		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 113.600		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.500		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856		\$ -		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 580.928		\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920		\$ 1.314.243		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.703.457,00

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Realizar la planeación y alistamiento de las actividades de aprendizaje, seleccionando, adaptando o elaborando proyectos formativos</p> <p>Se apoyó la promoción de la oferta a través de las redes sociales del instructor. Se comparte por medio de WhatsApp todas las ofertas</p> <p>Se registró en Sofia plus los eventos de las actividades de aprendizaje - reporte de horas e inasistencias de los aprendices</p> <p>Se asiste a las reuniones agendadas por el grupo de asesoría pedagógica</p> <p>Se generó la planilla correspondiente al mes de noviembre en el aplicativo contratistas</p> <p>Reporte de la documentación requerida en la ejecución contractual en la plataforma SECOP II</p> <p>Se ejecutó la FPI de acuerdo con el programa de formación</p> <p>Se genera reajuste planilla No. 54751390</p>	

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

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</p>	<p><u>Autorizo el presente pago.</u> El Supervisor,</p> <p>YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES INSTRUCTOR G16</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>	
--	--

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA
No. Identificación: CC63513867
Dirección: CARRERA 42 N 34-48
Telefono: 6952401
Correo: m_juli2002@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8354152307

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC63513867	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2021
Número de planilla	8354152307	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2021
Fecha pago	2021-10-22	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	21889800	Total Pagado	264400
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	5400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPS005	Sanitas EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63513867
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	908526	908526	514832	0	113600	0	145400	0	5400	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63513867	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA		CARRERA 42 N 34-48	6952401	m_juli2002@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
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
8354152307	22/10/2021				EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2021-10	2021-10	N	17/11/2021	54751390	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$4.100

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					

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

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	4.100				4.100	0	0	4.100			41	4.100	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	4.100	4.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	4.100	4.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63513867	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA		CARRERA 42 N 34-48	6952401	m_juli2002@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						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
8354152307	22/10/2021				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-10	2021-10	N	17/11/2021	54751390	\$4.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	63513867	GONZALEZ SILVA MARIA JULIANA	59	0		N		R																25-14	908.526	145.400	0	0		0	0	EPS005	908.526	113.600	14-23	908.526	2	9.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA