SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL MAGDALENA**
**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **47** |
| **Código Centro** | **911810** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **36789-267221** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL | **C.C.** | 34.995.296 | **IP/Nº de contacto** | 3132259307 |
| **Correo electrónico contratista:** | erhenals@sena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24119366934

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4724089/2023 **Nº Compromiso SIIF** **38923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 32.774.640 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 12.836.734 | **6** | **Del** | **01/08/2023** | **Al** | **31/08/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.739.904 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.096.830 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.096.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.402.135** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4509981454** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 17.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 409.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 800.712 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.402.135,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.629.730,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 25.408,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Hospital | 81.937,00 | 2,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.989.485,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.EVIDENCIA FOTOGRÀFICA DE LA FORMACIÒN PROFESIONAL INTEGRAL, FICHAS: 2811123 y 2824598
CURSO CULTIVO DE PECES EN ESTANQUES EN FUNDACIÒN - MAGDALENA.
2.PANTALLAZO DE LA MATRIZ DE CORRELACIÓN, LA PLANEACIÓN PEDAGÓGICA Y GUÍA DE APRENDIZAJE.
3.ME DESPLACÉ AL MUNICIPIO DE FUNDACIÒN - MAGDALENA PARA DESARROLLAR LAS FORMACIÓNES.
4.PORTAFOLIO ACTUALIZADO EN PADLET.
5.LA FORMACIÓN SE DESARROLLÓ EN UN AMBIENTE AMPLIO, ADECUADO Y BUENA UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES
6.PRESENTACIÓN CUENTA COBRO MES AGOSTO.

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

**ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**RAFAEL ERNESTO PACHECO CABANA**
**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**

**FREDDY DE JESUS GONZALEZ CASTILLO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 34995296 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ESPERANZA RHENALS VIDAL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUMACO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | CALLE SUCRE | TELÉFONO: | 7272506 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4509981454** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/07/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995192090 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 262.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 262.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 204.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 204.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 17.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 17.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 484.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 484.300** |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9398703765 DV: 567817

Cajero: CRMAPEME

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 27/07/2023 15:52:36

PS Recaudador:
041002 SERVIENTREGA CALLE 32 CENTRO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 34995296

Nombre: ESPERANZA
Apellido 1: RAENALS
Apellido 2: OYDAL
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 4509981454
Periodo Pago: 2023/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 34995296 | $484.300,00 |

Valor recibido: $484.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14761989080

(415)7707212489984(8020) 000001476198908 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 4 9 9 5 2 9 6 | 6 | Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 4 9 9 5 2 9 6 | 1 9 8 6 1 0 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RHENALS | VIDAL | ESPERANZA | BEATRIZ |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Garzón 2 9 8 |

41. Dirección principal: CL 7 9 43

42. Correo electrónico: ebervil@misena.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 2 2 5 9 3 0 7 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 0 1 0 2 8 | 8 5 5 1 | 2 0 2 0 1 0 2 8 | | | 2 3 1 3 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021 - 05 - 27 / 10 : 52: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada.

984. Nombre: RHENALS VIDAL ESPERANZA BEATRIZ

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2023 08:45:14AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Santa Marta, 06 de marzo de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1029721068** | **EUNICES ESTHER SOLÓRZANO RHENALS** | **HIJA** |
| **R.C** | | | |
| **R.I** | | | |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL

C.C. 34995296 Montería - Córdoba

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.029.721.068**

**SOLORZANO RHENALS**

APELLIDOS

**EUNICES ESTHER**

NOMBRES

Eunices Solórzano

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-2006**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**15-MAY-2024** FECHA DE VENCIMIENTO

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**08-OCT-2019 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1300100-01107860-F-1029721068-20191106 **0068**703588A 1 7525689268

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO
Numero N

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA
10022336-4

NUIP 1.029.721.068

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos
SOLORZANO RHENALS EUNICES ESTHER

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2006 | Mes MAY | Día 15 | FEMENINO | |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2006 | Mes MAY | Día 17 | 0038010897 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos
RHENALS VIDAL ESPERANZA BEATRIZ

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 34.995.296 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos
SOLORZANO FERNAN RAFAEL ANTONIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 19.580.920 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos
RHENALS VIDAL ESPERANZA BEATRIZ

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 34.995.296

*Espacio para notas*

VALIDO PARA TODO TRAMITE

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

Código

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2015 Mes ENE Día 05

Nombre y firma del funcionario
NAGALIS CORREA JIMENEZ
Registrador del Estado Civil