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	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**56415-208883**

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	$ 4.643.074	**8**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 546.244		Legalización comisiones del periodo			$ 1.104.308,00	

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	**$ 5.201.138**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.147.543**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4517421565**
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 $ 1.300.284	$ -	
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	$ 520.114	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.049.181	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.147.543,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.734.038,00	
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	33.138,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	104.023,00	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	**$3.959.669,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, FICHA: 2857215 DEL BANCO - MAGDALENA
2.PANTALLAZO DE LA MATRIZ DE CORRELACIÓN, LA PLANEACIÓN PEDAGÓGICA Y GUÍA DE APRENDIZAJE
3.ME DESPLACÉ AL MUNICIPIO DEL BANCO - MAGDALENA PARA DESARROLLAR LA FORMACIÓN.
4.PORTAFOLIO ACTUALIZADO EN PADLET.
5.LA FORMACIÓN SE DESARROLLÓ EN UN AMBIENTE AMPLIO, ADECUADO Y BUENA UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES.
6.PANTALLAZO INFORME DE COMISIÓN N° 1029
7.PRESENTACIÓN COBRO CUENTA MES OCTUBRE

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:	**4517421565**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995916665

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

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**

Planilla Pagada

sep 2023 Solud

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9419128204	DV: 337186
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	22/09/2023 16:20:57
PAP:	909238
Identificacion:	34995296
Nombre:	ESPERANZA
Apellido 1:	RHENALS
Apellido 2:	VIDAL
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3233912250
Codigo Planilla:	4517421565
Periodo Pago:	2023/09
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 34995296	Valor: $484.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14946068081

(415)7707212489984(8020) 000001494606808 1

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 Montería 1 2	

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	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 24 LT 44

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

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

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	8 5 6 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2023 - 09 - 11 / 12 : 42: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único 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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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