SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL META

CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**65712-371946**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	34.995.296	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	erhenals@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24119366934
IP/Nº de contacto:	3132259307	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6204524/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**78124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO/EMPRENDIMIENTO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RU

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.094.952
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 26.793.270
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.629.407

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.190**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4556691774 - 25**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 873.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.279.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Formación ruta 2 Fichas:2986520,2991820,2980900 y 3006075

2.Unidad Productiva "ASOMURSANJUAN" exposición EXPOMALOCA 2024 3.Atención a"ASOMURSANJUAN" preparación concentrado para peces

4.Acompañamiento de la IALL Dr: Felipe Collazos 5.Creación fichas Caney medio – Cumaral y en I.E El Dorado

Gestión de tiempo junio 160 horas 6.Reporte horas Sofia plus 7.Juicios de aprendizaje evaluados.

8.Socialización registro APE 9.Reunión virtual SER – CAMPESENA ,Junio 21 y Estrategia CAMPESENA,Junio 26

10.Alianza ICA – USAID – BANCO CONTACTAR 11.Reunión mensual Programa SER – CAMPESENA.

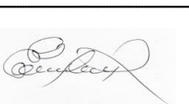
12.Orientación virtual Fondo Emprender, ANQA TECNOLOGY E ICA

13.Informe mensual enviado al líder y a la Dinamizadora

15.Apoyo y participación acción de formación asignadas

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



ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

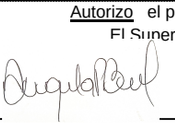
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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,



Firmado digitalmente por Angela Patricia Bernal Parrado

ANGELA PATRICIA BERNAL PARRADO
INSTRUCTOR G19

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
OLGA MATILDE AHUMADA SABOGAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

05/07/24 17:53:51 USUARIO: SIC - C.C. 34995296

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:	**4556691774**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999037825

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	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 13.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 384.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 384.100**

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9506214631 DV: 037289
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 17/06/2024 14:50:14
PAP: 917177
Identificacion: 34995296
Nombre: ESPERANZA
Apellido 1: RHENALS
Apellido 2: VIDAL
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3233912250
Codigo Planilla: 455669174
Periodo Pago: 2024/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 34995296 Valor: $384.100,00

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

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:	**4557512520**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	mayo
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999116161

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4556691774	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/06/17

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 77.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 77.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 60.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 60.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 143.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 143.700**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9508728140 DV: 8 5759
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 25/06/2024 17:03:53
PAP: 0 1002
Identificacion: 34995296
Nombre: ESPERANZA
Apellido 1: RAMALS
Apellido 2: TIDAL
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 455751 2520
Periodo Pago: 202405
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 34995296 Valor: $143.700,00

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

Scanned with ACE Scanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VILLAVICENCIO, 12 de Abril del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VILLAVICENCIO

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1029721068	EUNICES ESTHER SOLÒRZANO RHENALS	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



ESPERANZA BEATRIZ RHENALS VIDAL
C.C. 34995296

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27116961-2

NUIP 1029721068

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38010897

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AFE

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE Clinica Monteria COLOMBIA CORDOBA MONTERIA*********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SOLORZANO**********	RHENALS**********

Nombre(s)

EUNICES ESTHER**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAY Día 15	FEMENINO********	*******	********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA CORDOBA MONTERIA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO**********	A7234083**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RHENALS VIDAL ESPERANZA BEATRIZ**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0034995296**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SOLORZANO FERNAN RAFAEL ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0019580920**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOLORZANO FERNAN RAFAEL ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0019580920**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2006 Mes MAY Día 17	ALEJANDRO CASTRO/GABRIEL CORRALES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07 ENE 2021

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04 Impreso por Postpixel S.A. NIT. 817000707-2 Tel: (2) 8260156 Cali-Colombia dipa FORMAS

YULY ARGUMEDO BAQUERO – YINA PERIÑAN YEPES
Registradores Especiales del Estado Civil de Montería.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

3801089 7

3:13 15%
TARJETA EUNICE...



