

SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE FORMATO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)						Código Regional 951510		17	
REGIONAL CALDAS						Código Centro 951510			
CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL-CALDAS						Fecha Elaboración MAYO de 2026			
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						Versión ENERO - 1,26			
						ID de Proceso 94673-639914			
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		PAULA ANDREA BETANCUR AYALA		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía		51.719.883		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		pbetancura@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24120848311			
IP/Nº de contacto:				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 2025		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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:		9007527/2026		Nº Compromiso SIIF		3826			
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11			
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ECCL-ÁREA SERVICIOS PERSONALES, CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O REVISIÓN TÉCNICA, EN CENTROS DE FORMACIÓN DEL SENA. S/R 17-9-2026-000931							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/05/2026		Al		31/05/2026			
Número de pago		4		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 24.368.933			
Valor Bruto Pago:		\$ 3.308.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 33.962.133			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 21.060.933			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 3.308.000		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.308.000				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.099.700		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a título de RENTA			
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905		\$ 1.750.905		2.099.700,00			
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900		\$ 218.900		3.308.000,00			
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200		\$ 280.200		Valor base IVA			
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		0,00			
ARL		\$ 9.200		\$ 9.200		IVA (Si es RESPONSABLE)			
						Menos Retención en la Fuente			
						0,00			
						19%			
						Menos Retencion IVA			
						0,00			
						15%			
						Reteica - 8299 - LA DORADA			
						16.540,00			
						0,500%			
						-			
						0,00			
						0%			
						0,00			
						0%			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				-			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				0,00			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				0,00			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				0,00			
Dependientes hasta		\$ -				0,00			
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		0,00			
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 700.000		0,00			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.064.000				0,00			
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				0,00			
						VALOR A PAGAR			
						\$ 3.291.460,00			
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
1. Se realizo sensibilización e inducción a la norma a un grupo de 98 personas de manera virtual en la norma ADAPATAR UÑAS ARTIFICIAL									
Se asistió a la Reunión con la líder MAYRA PEÑA, para socializar temas de equipo y metas del trimestre									
Se entregó batería al líder de instrumentos RUBEN LOAIZA									
Se realizó recolección de documentos, como documentos de identidad, cartas laborales a 89 candidatos para iniciar procedimiento de la									
Se elabora los informes de G C y G F de MAYO									
Se realizó la entrega del plan trabajo del mes de Mayo									
Se realizó el informe cualitativo y cuantitativo al finalizar el mes mayo									
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									
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,									
MAYRA ALEJANDRA PEÑA HORTUA PROFESIONAL G03									
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 ALEJANDRO RAMIREZ GOMEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NÚMERO PLANILLA: 4646848748 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: DÍAS DE MORA: 0 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2026/05/11	
CÉDULA DE CIUDADANÍA: LA DORADA CL 8 # 2 - 220 CONEJO 02 INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO		MES abril AÑO 2026	
PAULA ANDREA BETANCUR AYALA CALDAS 8888888 INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act		MORA \$ 0	
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1719883		MORA \$ 0	
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO		MORA \$ 0	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		MORA \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION									
APORTES VOLUNTARIOS		FSP		SOLIDARIDAD		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A SALUD									
LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR	INCAPACIDAD POR
NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
INCAPACIDAD R.P.		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.	INCAPACIDAD R.P.
NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUB-TOTALES:									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										
Nº IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA	EXTRANJERO	COLONIANO	RET	TOR	TAE	TIP	VST	COM	ICE	LMA	VAC	VCT	IRP		
1	BETANCUR AYALA ANDREA	25-14	\$ 1.750.905	1.750.905	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS:	9642351861	DV:	045718
Cliente:	110263 PILA RECAUDO		
Fecha:	11/05/2026	10:23:01	
PAP:	916437		
Identificacion:	51719883		
Nombre:	PAULA ANDREA		
Apellido 1:	BETANCURTH		
Apellido 2:	ZKCCV		
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA		
TELEFONO:	3228889586		
Codigo Planilla:	4646848748		
Periodo Pago:	2026/04		
Valor Comision:	0		
Valor Iva Comision:	0		
Referencia:	51719883	Valor:	\$517.400,00

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



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA BETANCUR AYALA identificado(a) con CC 51719883 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/05/2020

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: MEDICARE IPS LTDA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes 5 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones