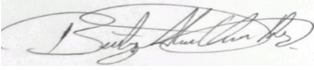


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25		
			Código Centro		923210		
			Fecha Elaboración		Junio de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		12825-749372		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos: BEATRIZ ALCIRA QUIÑONES RAMOS			Banco a consignar:		BANCO POPULAR		
Cédula de Ciudadanía 30.343.319			Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico: aquinonezr@sena.edu.co			Número de Cuenta:		230520129230		
IP/N° de contacto: 3183817828			Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI		
Inducción SST: SI			Pertenece al régimen simple de tributación:		NO		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE			Es declarante de renta por el año gravable 2025		NO		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						SI	
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							
N° del contrato:		9129884/2026	N° Compromiso SIIF		33626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA TÉCNICA, COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, PARA EJECUTAR PROCESOS DE FORMACIÓN ORIENTADAS A SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PROGRAMAS					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 23.440.307	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:		\$ 38.090.499	
Valor Bruto Pago:	\$ 3.662.548,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 19.777.759	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 3.662.548		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.662.548				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.575.448		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.575.448,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9504977013	Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.443.648,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 0	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL I		\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8299 - SOACHA		20.662,00	0,600%
		\$ -				0,00	0%
		\$ -				0,00	0%
		\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 859.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.436.000				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR		\$3.641.886,00	
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS MES DE JUNIO							
FICHA 351177 BIOSEGURIDA APLICADA A LA ESTETICA Y BELLEZA							
FICHA 351172 PROCEDIMIENTO TECNICO EN SPA EN MANICURA Y PEDICURA							
FICHA 351165 MANEJO Y TECNICA DE HIGIENE EN MANICURA Y PEDICURA							
FICHA 351133 TCNICAS BASICAS DE PEINADOS Y TRENZADOS							
FICHA 3539187 TECNICAS BASICAS EN PEINADOS Y TRENZADOS							
FICHA 3539368 PROCEDIMIENTO TECNICO EN SPA EN MANICURA Y PEDICURA							
FICHA 3542232 PROCEDIMIENTO TECNICO EN SPA EN MANICURA Y PEDICURA							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 BEATRIZ ALCIRA QUIÑONES RAMOS EL CONTRATISTA			
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:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				JUAN CARLOS BARACALDO SANTOS INSTRUCTOR			
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.							
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 ARGEIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30343319		QUIRÓNEZ RAMOS BEATRIZ ALCIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5a 1 31	LA DORADA-CALDAS	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	93010833		9504977013	I	2026/06/04	2026/06/02	BANCO DE OCCIDENTE	\$237,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	
1	CC	30343319	QUIRÓNEZ BEATRIZ		0	\$0		EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$18,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$18,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30343319		QUIÑONEZ RAMOS BEATRIZ ALCIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5a 1 31	LA DORADA-CALDAS	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	93010833	9504977013	I	2026/06/04	2026/06/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$237,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$237,200	\$0	\$0	\$237,200	

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

INFORMA:

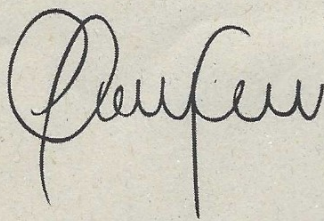
Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) BEATRIZ ALCIRA QUIÑONES RAMOS, identificado(a) con Documento No. 30,343,319, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ago.30/21	DEVOLUCION SALDOS	\$20,555,001.00

Así las cosas el(la) Señor(a) BEATRIZ ALCIRA QUIÑONES RAMOS, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 08 días del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes