

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO DE SERVICIOS Y GESTION EMPRESARIAL - ANTIOQUIA		Código Regional	5
			Código Centro	940210
			Fecha Elaboración	29 Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	66666-986473
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Correo electrónico contratista: calvarez570@misena.edu.co		C.C. 43.618.075	IP/N° de contacto 42207	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Es declarante de renta? ☒ SI		
		Es Pensionado? ☒ NO		
		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ SI		
		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 00625843618		
		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				
N° del contrato:		5372772/2023		N° Compromiso SIIF
				86923
Valor Total del Contrato	\$ 11.326.250	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 11.326.250	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.061.000	Del	14/09/2023	Al 30/09/2023
		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR - PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE programe el Centro de Servicios y Gestión Empresarial en sus diferentes niveles y modalidades		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.265.250	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.265.250	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.276.519	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Setiembre	Agosto	Decreto 1273 de	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.276.519,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA 1.934.650,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 0	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 6.100	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
\$ 566.312	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00 0,400%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	Jaime Isaza Cadavid 9.061,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 226.525	VALOR A PAGAR	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	\$2.256.189,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 425.506		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ver anexo informe de actividades correspondiente al mes de Septiembre que se encuentra en el proceso registrado en la plataforma Secop				
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.				
CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ 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,				
MARTA LUCIA ISAZA SUAREZ 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				
RUBEN DARIO MARTINEZ VILLA				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43618075** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 43618075
NOMBRES Y APELLIDOS	CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1163
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 30/08/2023

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

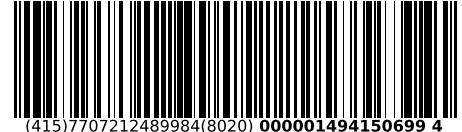
Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14941506994



(415)7707212489984(8020) 000001494150699 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

4 3 6 1 8 0 7 5

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
	Establecimiento de comerci 0 2	Catering para eventos 5 6 2 1
	162. Nombre del establecimiento	
	1, 2 Y 3 PAPÁS Y BEBÉS	
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1
165. Dirección		
CR 89 CL 92 C 119 IN 544		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 1 5 4 2 5 1 1 0 2	2 0 1 3 0 1 3 0	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2 3 0 0 9 4 3	2 0 1 3 0 8 0 6	
2	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
	162. Nombre del establecimiento	
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
	165. Dirección	
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
3	160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
	162. Nombre del establecimiento:	
	163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
	165. Dirección	
	166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
	168. Teléfono	169. Fecha de cierre

Certificado Bancario

Lunes, 28 de agosto de 2023

Señor(a)
SENA CESGE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ identificado(a) con CC 43618075, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	00625843618	2006/03/15	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



Medellín, septiembre 18 de 2023

Señores
SENA
Regional Antioquia

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO O NO A DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE 2021.

Yo, Catalina María Álvarez Gómez identificada con cédula de ciudadanía N° 43618075 vinculada mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios personales actualmente con el SENA, certifico bajo la gravedad de juramento (Art. 442 del Código Penal) lo siguiente:

- 1) Que sí califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (Art. 10 del E.T.) y mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas laborales.
- 2) Que por el año gravable 2022, SI estoy obligado a declarar renta según los requisitos contemplados en el Art. 7 del Decreto 2243 del 24 de noviembre 2015.
- 3) Por el año gravable 2022, soy una persona natural que NO obtuve ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT (\$50.831.100)

Para constancia de lo anterior, firmo en Medellín a los 18 días del mes de septiembre de 2022.

Atentamente,

Catalina M^a Álvarez G.

Catalina María Álvarez Gómez
C.C. 43618075



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 realizó el día 18/09/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 el día 18/09/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, septiembre 18 de 2023

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

C.C.	1152220790	Daniela Zapata Álvarez	HIJO
------	------------	------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.

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: Catalina María Álvarez Gómez

C.C. 43618075

Paciente	CC	Edad	Entidad
ZAPATA ALVAREZ DANIELA	1152220790	25	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA(EPS)

Antecedente	P	F	Observaciones	Antecedente	P	F	Observaciones
SOCIO-LABORALES	X		Familia conformada solo por madre, padre es consumidor de SPA sin relación con la pte	TOXICOS	X		Consumo de SPA desde hace 4 años
TRASTORNOS MENTALES	X		Desde los 12 años intentos suicidas	CANCER			-
VENEREAS			-	DIABETES			-
QUIRURGICOS			niega	ALERGICOS			NIEGA
DEFECTO VISUAL			-	FARMACOLOGICOS			-
ENDOCRINOS			-	INFECCIOSOS			-
GASTROINTESTINALES			-	PATOLOGICOS			NIEGA

Motivo Consulta

CONSULTA POST EGRESO

25 años, unión libre, sin hijos, nació en Medellín, vive en el barrio Robledo con la mamá, (antes vivía con el novio y los suegros), bachiller, estudió 5 semestres de Trabajo Social en la UPB hasta 2019, sin ocupación, viene con la mamá atalina Alvarez

Enfermedad Actual

EN EL RESUMEN DE EGRESO SE LEE: "Paciente que con historia clínica en Samein desde el 2018 con diagnóstico de TAB y TUS desde el 2015 (Cocaína, alcohol, THC y tabaco), estuvo en el 2020 en proceso ambulatorio en el CAD y en el 2021 en proceso residencial pero firmó alta voluntaria. Logra estar libre de consumo durante 7 meses solicitó finalizar proceso en el CAD y decidió suspender el tratamiento. Ahora ingresa por síntomas maníformes asociados a recaída en el consumo de sustancias. Ajusto medicación. Por ahora sin voluntad para proceso de rehabilitación. Llega valproemia en 65, sin síntomas maníformes, mejor modualda, sin ideas de auto ni heteroagresión sin síntomas psicóticos, haciendo crítica de lo sucedido, aceptando proceso ambulatorio de rehabilitación, con el apoyo de su familia, adecuada red de apoyo, se decide alta hospitalaria". ESTUVO HOSPITALIZADA EN SAMEIN DEL 29 DE JULIO AL 08 DE AGOSTO/23 POR EPISODIO MANIACO CON SINTOMAS PSICÓTICOS, TIENE INDICADO TRATAMIENTO CON Valcote 500mg ER: 1-0-1, Risperidona 3mg: 0-0-1, Biperideno 2mg: 1-0-0 y Levomepromazina gotas 5-5-10. REFIERE: "MEJOR, YA NO ESTOY CONSUMIENDO (THC, 2CB Y PERICO) VOLVÍ A VIVIR CON MI MAMÁ DESPUES DE 5 AÑOS, LA RELACIÓN HA MEJORADO MUCHO. ME TOMO LA MEDICACIÓN CUMPLIDA, EL ANIMO ESTABLE, TENGO BUEN APETITO, DUERMO MUY BIEN EN LA NOCHE (DE 10 PM A 7 AM), EN EL DIA EN LA CASA, ME CUIDAN MUCHO Y NO ME DEJAN SALIR CON CUALQUIERA. EN EL DIA ESTUDIÓ INGLÉS, LEO, ME HE SENTIDO MUY BIEN, LO UNICO ES MUCHO SUEÑO EN EL DIA ". LA MAMÁ DICE: "RESPETUOSA CONMIGO, COMPROMETIDA CON EL TRATAMIENTO, YA SE PUEDE HABLAR CON ELLA, NO SE DESESPERA, ES COMO GANAR 1 HIJA, LA HE VISTO MUCHO MEJOR" AP: PATOLOG (-), QGCOS (-). TÓXICOS: CONSUMO DE PSICOTÓXICOS DESDE LOS 18 AÑOS, PRIMERO MARIHUANA, DESPUES COCAINA Y 2CB ESTE AÑO, DESDE QUE SALÍ DE LA CLINICA NO CONSUMO AF: UNA TIA ABUELA MATERNA FALLECIDA TUVO TAB, 1 TIA MATERNA CON ESQUIZOFRENIA. ABUELA PATERNA Y PAPÁ DEPRESIVOS

Examen Mental

BUEN ESTADO GENERAL, BIEN TRAJEADA, ALERTA, ORIENTADA, LUCIDA, LÓGICA, DISPUESTA, AFECTO MODULADO, EUTIMICO, SIN SINTOMAS DEPRESIVOS NI DE ANSIEDAD, SIN IDEA AUTOLITICA. SIN DELIRIOS NI ALUCINACIONES. FUNCIONES COGNITIVAS CONSERVADAS. JUICIO LOGICO, AUTOCRITICA CONSERVADA. EXAMEN MENTAL EN LIMITES NORMALES

Análisis y Plan

AF DE ENFERMEDAD MENTAL POR LINEAS MATERNA Y PATERNA
AP DE CONSUMO DE PSICOTÓXICOS DESDE LOS 18 AÑOS
SINTOMAS DE TAB DESDE 2018
3 INGRESOS HOSPITALARIOS, EL ULTIMO EN SAMEIN 29 DE JULIO AL 08 DE AGOSTO/23 POR EPISODIO MANIACO CON SINTOMAS PSICÓTICOS
DESDE EL EGRESO EN ABSTINENCIA DEL CONSUMO
ESTABLE Y COMPENSADA CON EL TRATAMIENTO
EXAMEN MENTAL EN LIMITES NORMALES
ASISTE A GRUPOS DE APOYO EN CAD DE SAMEIN

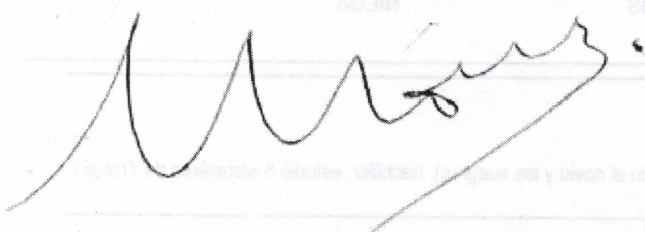
CTA
PAUTAS DE MANEJO
AJUSTO ESQUEMA DE TRATAMIENTO

CITA 60 DIAS

Diagnosticos F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS
F172 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE TABACO: SINDROME DE DEPENDENCIA

Tratamiento	Medicamento	Dosis	Via Aplicación	Cant.
1	Biperideno 2 mg tableta TOMA 1 EN LA MAÑANA	1-0-0	Via Oral	90
2	Levomepromazina Solucion oral 40 mg / mL (4%) TOMA 8 GOTAS ANTES DE ACOSTARSE	0-0-10	Via Oral	3
3	Risperidona 3 mg tableta TOMA 1 EN LA NOCHE	0-0-1	Via Oral	90
4	Divalproato sódico 500 mg ER Tabletas de liberación prolongada TOMA 1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	1-0-1	Via Oral	180

Autorización	Número 2701-192770302	Autorizado por
Tipo Afiliado Beneficiario	Nivel A	Semanas 0



GABRIEL JAIME LOPEZ CALLE

Firma Electrónica. R.M. 8341-81

CC 70041983 ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA