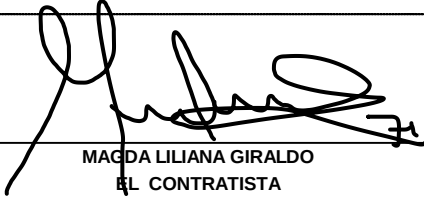


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		76			
			Código Centro		922910			
			Fecha Elaboración		Setiembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
		ID de Proceso		81449-270709				
REGIONAL VALLE								
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE								
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		MAGDA LILIANA GIRALDO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		66.836.480		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		mlgiraldo@sena.edu.co		Número de Cuenta:		06047063904		
IP/N° de contacto:		42155		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 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								
N° del contrato:		5835996/2024		N° Compromiso SIIF		12424		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA ACCIONES REGULARES PERIODO FIJO EN EL CENTRO DISEÑ						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/09/2024		Al		30/09/2024		
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 14.289.744		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 44.655.450		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 9.824.199		
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		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Setiembre		Agosto		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		72279032		Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -					0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Dependientes hasta		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 875.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.950.196					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$4.443.217,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Impartir formación profesional integral como instructor, ejecutando las acciones de formación para el programa acciones Regulares								
Periodo Fijo en el Centro Diseño Tecnológico Industrial de acuerdo con directrices y lineamientos institucionales para la vigencia de resultados de aprendizaje en el marco del proyecto formativo (complementaria virtual) o la estrategia didáctica seleccionada								
(Complementaria) a las ficha del curso del SG-SST 50 asignadas para el mes.Registrar con oportunidad los juicios evaluativos en el aplicativo Sofía Plus conforme al logro de los resultados de aprendizaje. Realizar entrega de los informes en las fechas requeridas durante la ejecución del objeto contractual.								
Por migración de sofia plus se no se han atendido grupo en las plataformas.								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:								
1. Cumpli 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								
				MAGDA LILIANA GIRALDO EL CONTRATISTA				
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;								
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.								
				MARLLY ALEXANDRA ARANGO GRANADA COORDINADORA ACADÉMICA				
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 ALEX AMED VALENCIA ROJAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02								



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-08-30, 07:45:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2024
Empresa	MAGDA LILIANA GIRALDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 66836480
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	72279032
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	876609703
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 518.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.10

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 223.300	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 9.400	\$ 0
SubTotales:				\$ 518.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 518.500



CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Santiago de Cali, Valle Marzo 10 de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 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:

CC	1094970691	SANTIAGO MARIN GIRALDO	HIJO
----	------------	------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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

MAGDA LILIANA GIRALDO

C.C. 66836480

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

Certificado Médico

Yo Vanessa Carrero Giraldo, identificada con CC:11440306443, certifico que el usuario Santiago Marin Giraldo, identificado con CC: 1094970691, fecha de nacimiento 11-07-1998, Edad: 24 años, presenta los siguientes diagnósticos: **F192 SINDROME DE DEPENDENCIA DE MULTIPLES DROGAS Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. H544 CEGUERA MONOCULAR. T932 SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR, R268 OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS. F102 SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. Z741 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE AYUDA PARA EL CUIDADO PERSONAL**

Este certificado se expide el 10 -03-2024



Vanessa Carrero G.
RM 2016-10452
Médica General - Universidad del Quindío

ALEJANDRA MARIA LOPEZ ISAZA
CONTADORA PUBLICA U. DE A.
ESPECIALISTA EN LEGISLACION TRIBUTARIA U. AUTONOMA

CERTIFICO QUE:

En mi calidad de Contadora del señora MAGDA LILIANA GIRALDO identificada con cedula de ciudadanía número 66.836.480, doy fe que actualmente tiene a cargo como dependiente económico a su hijo SANTIAGO MARIN GIRALDO identificado con cedula de ciudadanía número 1.094.970.691, quien a pesar de ser mayor de edad, posee una discapacidad medica certificada que lo hace depender de mis ingresos.

Lo Certifico a los 10 Días del mes de Marzo - 2024



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.094.970.691**

MARIN GIRALDO

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

Samp

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

11-JUL-1998

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

O+

G.S. RH

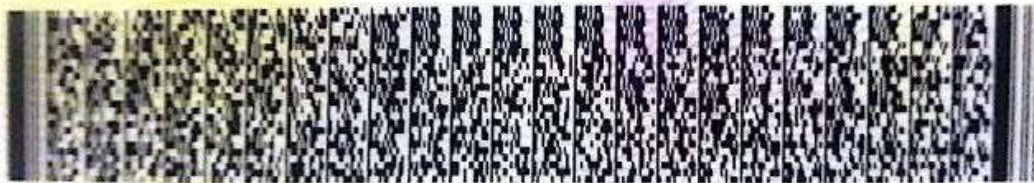
M

SEXO

07-OCT-2016 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-2600100-00962422-M-1094970691-20171214

0058779835A 2

9902345263

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

CLAVES DE LOS MESES MAYO 05 JUNIO 06 JULIO 07 AGOSTO 08 SEPT. 09 OCTUBRE 10 NOV. 11 DICIEMBRE 12

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL



REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION Nº
1 Parte básica 2 Parte carnal.
98 07 11

2 6733002

OFICINA REGISTRO CIVIL
1 Clase (Notaria, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)
NOTARIA PRIMERA

Municipio y Departamento
ARMENIA QUINDIO
5001

SECCION GENERAL

INSCRITO 6 Primer apellido MARIN 7 Segundo apellido GIRALDO 8 Nombres SANTIAGO
SEXO 9 ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO MASCULINO
LUGAR DE NACIMIENTO 13 País COLOMBIA 14 Departamento QUINDIO 15 Municipio ARMENIA
FECHA DE NACIMIENTO 10 Día 11 Mes 3 Año 12 Año 1998

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO 16 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR 17 Hora 4:20 AM
18 Documento presentado - Antecedente (Cert. medico, Acta parroquia, etc.) CERTIFICADO MEDICO 19 Nombre del profesional que certificó el nacimiento
MADRE 21 Apellidos (de soltera) GIRALDO 22 Nombres MAGDA LILIANA 23 Edad al momento del nacimiento 27 años
24 Identificación (clase y número) CC. # 66.836.480 CALI VALLE 25 Nacionalidad COLOMBIANA 26 Profesión u oficio HOGAR
PADRE 27 Apellidos MARIN LOPEZ 28 Nombres JOSE WILSON 29 Edad al momento del nacimiento 35 años
30 Identificación (clase y número) CC. # 7.541.408 ARMENIA QUINDIO 31 Nacionalidad COLOMBIANO 32 Profesión u oficio LIC. ELECTRONICA

DENUM- CIANTE 35 Dirección postal LA FACHADA MZ. 10 # 21 ARMENIA
TESTIGO 37 Identificación (clase y número) CC. # 19.213.569 BOGOTA 39 Domicilio (Municipio) BARRIO LIMONAR
TESTIGO 41 Identificación (clase y número) CC. # 1.239.958 ARMENIA 43 Domicilio (Municipio) CALLE 19 N # 12-49 ARMENIA
FECHA DE INSCRIP- CION 45 Día 27 46 Mes AGOSTO 47 Año 1998

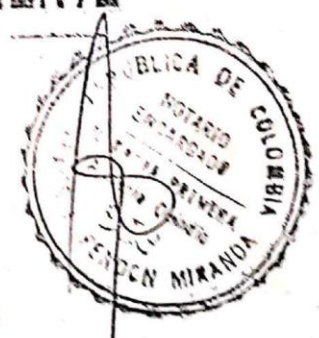
36 Nombre: JOSE WILSON MARIN LOPEZ 38 Firma (autógrafa)
39 Nombre: OSCAR ESCOBAR ECHEVERRY 42 Firma (autógrafa)
44 Nombre: JUAN GABRIEL DIAZ SOTO 46 Firma (autógrafa) del funcionario que hace el registro
48 Nombre del funcionario que hace el registro



ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

El usuario informa que solicita la presente copia para trámites de Paréntesis

- ESTA PLANA -
ES FOTOCOPIA AUTENTICA
DEL ORIGINAL QUE TUVE
A LA VISTA - DCY FE.



29 AGO 1998