

<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) REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION- ANTIOQUIA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		5		
			Código Centro		920310		
			Fecha Elaboración		30 Noviembre de 2024		
			Versión		MARZO 2024 - 2,24		
			ID de Proceso		34736-842717		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos: VICTORIA EUGENIA MORENO ALZATE			Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía 43.166.532			Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: vmoreno@sena.edu.co			Número de Cuenta: 42051397856				
IP/N° de contacto: 43321			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		SI		
¿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: 5899229/2024		N° Compromiso SIIF 7324		Número de pagos durante la vigencia del contrato		11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 5_9203_162 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA LLEVAR A CABO ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL ORIENTANDO FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN MODALIDAD PRESENCIAL, A DISTANCIA Y VIRT					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del 01/11/2024		Al 30/11/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.400.614	
Número de pago 10				Valor Total del Contrato:		\$ 45.102.004	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 1.935.069	
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		\$ 2.632.890		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7943337181		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL V		\$ -		\$ 0		Reteica - 8299	
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%		\$ 34.082.904		\$ 877.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.593.680					
Retención en la Fuente Contingente		\$					
						Jaime Isaza Cadavid	
						Otras Retenciones	
						Otras Retenciones	
						Otras Retenciones	
						Otras Retenciones	
						Descuentos de embargo (Si tiene)	
						VALOR A PAGAR	
						\$4.447.683,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Planeé las actividades de aprendizaje trimestral, según el procedimiento de desarrollo curricular para del programa a impartir.							
Realicé acciones de formación profesional integral en las sedes, ambientes y lugares asignados por el centro de formación, de acuerdo							
Hice parte de las actividades de inducción de los aprendices de formación titulada, según lineamientos institucionales y calendario ac							
Actualicé de manera permanente el portafolio de evidencias del instructor en la plataforma educativa LMS, el cual debe contener plan d							
Evalué el portafolio de evidencias del aprendiz según procedimiento de ejecución de la formación profesional integral.							
Reporté y mantuve actualizado en el aplicativo Sofía Plus en un plazo máximo de 3 días hábiles actividades tales como: creación de rut							
Verifiqué la suficiencia y la calidad de la información que suministran las evidencias de aprendizaje identificando con el aprendiz su							
Apliqué a cabalidad las medidas pertinentes y necesarias a la luz del reglamento del aprendiz, en lo correspondiente a faltas académic							
Realicé la verificación del cumplimiento de los resultados de aprendizaje de etapa lectiva de los aprendices como requisito previo par							
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				<div></div> <div>VICTORIA EUGENIA MORENO ALZATE EL CONTRATISTA</div>			
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;				<div></div> <div>JOSE FERNANDO RANGEL MORALES INSTRUCTOR G16</div>			
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.							
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 MARIA ELICENIA QUINTERO CARDONA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43166532
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	VICTORIA EUGENIA MORENO ALZATE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	VICTORIAMORENOALZATE@GMA	TELÉFONO: 2509341
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - TODOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7943337181	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1023329095

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						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
900336004	25-14		25-14 COLPENSIONES		1	\$ 288.000
SUBTOTAL:					1	\$ 288.000
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800088702	EPS010		CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 225.000
SUBTOTAL:					1	\$ 225.000
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800226175	14-25		14-25-COLMENA		1	\$ 43.900
SUBTOTAL:					1	\$ 43.900

VALOR SIN MORA:	\$ 556.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 556.900



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Medellín, 30 de noviembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Medellín

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:

T.I.	1017927015	ISABEL SOFIA MORENO ALZATE	HIJO
-------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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,

VICTORIA EUGENIA MORENO ALZATE
C.C. 43.166.532

CÉDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
MORENO ALZATE

Nombres
ISABEL SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.81

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 FEB 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
20 FEB 2024, MEDELLIN

Fecha de expiración
26 MAR 2034

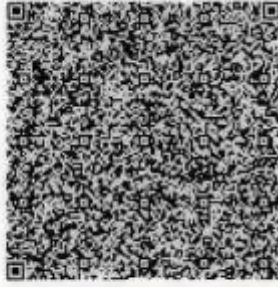
Firma

NUIP 1.017.927.015



043575815

REGISTRADOR NACIONAL
Herman Penagos Giraldo



ICCOL043575815001001<<<<<<<<<<
0602161F3403266COL1017927015<3
MORENO<ALZATE<<ISABEL<SOFIA<<<