

<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 RISARALDA CENTRO DE COMERCIO Y DE SERVICIOS-RISARALDA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		66				
			Código Centro		930810				
			Fecha Elaboración		11 Diciembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		97385-919138				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		ANA MARIA CASTRO HOLGUIN		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		42.152.571		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		amcastroh@sena.edu.co		Número de Cuenta:		07387356864			
IP/N° de contacto:		3188655730		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:		5766524/2024		N° Compromiso SIIF	2124	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS EN LA RED PEDAGOGÍA, EN EL ÁREA EMPRENDIMIENTO EN LA VIGENCIA 2024							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/12/2024		Al		17/12/2024			
Número de pago		12		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.493.333			
Valor Bruto Pago:		\$ 2.493.333,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.960.000			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 2.493.333		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 4.400.000							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 6.893.333		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.986.900		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Diciembre		Noviembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.986.900,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		82345733		Base retención en la fuente a titulo de ICA		2.122.833,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 1.760.000		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 220.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 281.600		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 6.800		\$ 9.200		Reteica - 8299 - PEREIRA		4.246,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 281.600						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 220.000						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.200						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 689.333						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$37.181.350		\$ 1.329.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$11.392.684						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$2.489.087,00	
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Acciones realizadas del 1 al 11 de diciembre: Presté mis servicios profesionales como instructora en las fichas 2770495 2822541 2824814 2874317 2900039 29925496. Cargué y mantuve disponibles las herramientas pedagógicas de las fichas donde imparto formación.									
Explicué y retroalimente las evidencias de aprendizaje de manera verbal. Hice el acompañamiento técnico a la unidad productiva familiar del aprendiz Andrés Felipe Molina Salazar del Tgo. Actividad Fisica ficha 2617312. Hice la revisión, evaluación y actualización del material pedagógico y de papelería de Campesena y Fullpopular para la vigencia 2025. Apoyé el diseño de piezas gráficas. Aporté las herramientas pedagógicas diseñadas y utilizadas por mí para la creación del repositorio.									
Acciones proyectadas del 12 al 17 de diciembre: Registrar inasistencias en caso de que se presenten. Retroalimentar y evaluar en la LMS las evidencias de aprendizaje evaluables de las fichas 2770495 2822541 2824814 2874317 2900039 2925496.Registrar las novedades de los aprendices. Emitir juicios evaluativos de todas las fichas.									
En el municipio de Pereira.									
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									
ANNA MARIA CASTRO HOLGUIN EL CONTRATISTA									
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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
JORGE ANDRES ORREGO MARTINEZ INSTRUCTOR G09									
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 ANDRES GOMEZ CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	42152571	ANA MARIA CASTRO HOLGUIN		CARRERA 3 # 17-65	3464843	anitacastro@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CARTAGO	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82345733	\$521.400
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Confenalco Valle	890303093-5	10.600	0	0	10.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	521.400	521.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	42152571	ANA MARIA CASTRO HOLGUIN		CARRERA 3 # 17-65	3464843	anitacastro@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CARTAGO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82345733	10
					TOTAL A PAGAR
					\$521.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	42152571	CASTRO HOLGUIN ANA MARIA	59	0		N																			230201	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS002	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	1	9.200	CCF56	1.760.000	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 22 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CALI

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:

TI	1089609531	SALMA LOAIZA CASTRO	Hijo(a)
----	------------	---------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

ANA MARIA CASTRO HOLGUIN
C.C. 42152571

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1089609531

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52816585

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 05	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código MYV	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
LOAIZA		CASTRO	
Nombre(s)			
SALMA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2010	Mes SEPT	Día 04	FEMENINO
		A	POS
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ESCRITURA PUBLICA	*****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
CASTRO HOLGUIN ANA MARIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 42152571 DE PEREIRA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
LOAIZA ROJAS ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 10028899 DE PEREIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LOAIZA ROJAS ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. NO. 10028899 DE PEREIRA	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año 2013	Mes FEB	Día 06	FERNANDO CHICA RIOS
		Nombre y firma	

Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
		FERNANDO CHICA RIOS	
Firma		Nombre y firma	

ESPACIO PARA NOTAS	
ESTE INDICATIVO SERIAL REEMPLAZA AL INDICATIVO SERIAL 44011559 DE FECHA 06/SEPTIEMBRE/2010 POR RECONOCIMIENTO PATERNO, MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA 461 DE FECHA 01/FEBRERO/2013 OTORGADA EN ESTA NOTARIA.	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



Versión: 05

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Ana María Castro Holguín

CC 42.152.571

CIUDAD Pereira FECHA Diciembre de 2024 REGIONAL Risaralda

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Centro de Comercio y Servicios

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.5766524 del 18 de enero de 2024

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO ☒ CESIÓN ☐ LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO ☐ TERMINACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	☒	JOHN ALEXIS CÁRDENAS	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☐	N/A	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	JORGE ANDRÉS ORREGO MARTÍNEZ	
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	☐	N/A	
CONTABILIDAD	☒	LUZ MYRIAM LARGO LAGOS	
TESORERÍA	☒	JOHANNA RIAÑO RUIZ	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	☒	JORGE ANDRÉS ORREGO MARTÍNEZ	
BIBLIOTECA	☒	ALEJANDRO MAPPE/YINA MACHADO	
OTRO	☐	N/A	
OTRO	☐	N/A	
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	JORGE ANDRÉS ORREGO MARTÍNEZ	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) ANA MARIA CASTRO HOLGUIN identificado(a) con CC. 42152571 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 20 de Noviembre de 2024 a las 22:40:34

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.