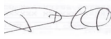


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO DE COMERCIO-ANTIOQUIA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		5				
			Código Centro		930110				
			Fecha Elaboración		Agosto de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		38426-195795				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		DIANA MARIA QUIROZ PARRA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		30.338.450		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		dmquiroz@sena.edu.co		Número de Cuenta:		85239252724			
IP/Nº de contacto:				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		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
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									
Nº del contrato:		9732567/2026	Nº Compromiso SIIF		68726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	5		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS DIFERENTES FASES (PLANEAR, EJECUTAR Y EVALUAR), EN LOS DIFERENTES NIVELES, MODALIDADES Y PROGRAMAS, DE ACUERDO							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/08/2026	Al		31/08/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 20.844.987	
Número de pago		1				Valor Total del Contrato:		\$ 20.844.987	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 16.107.490	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497				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		\$ 4.737.497						\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.140.497				TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Agosto		Julio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.140.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		6029927391		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 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		\$ 9.900		\$ 0		Reteica - 8299		0,00	0,400%
		\$ -						0,00	0,400%
		\$ -						0,00	0,400%
		\$ -						0,00	0,400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Jaime Isaza Cadavid		18.950,00	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%		\$ 17.239.775		\$ 1.047.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				VALOR A PAGAR		\$4.718.547,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Realizo alistamiento de las fichas programadas durante el periodo, de acuerdo con los lineamientos Guía de orientaciones para la formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje-AVA-V.5. Actualizo el cronograma general y por fase, de acuerdo con las competencias asignadas y fichas programadas por la Coordinación académica durante el periodo. Ejecuto durante el periodo, la formación en la Competencia, 210303022. Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa Fichas 3388591, 3388592 y 3466215. Me comunico permanentemente con los aprendices, a través de las herramientas dispuestas en el CMS Zajuna, correo electrónico y otras. Utilizo e implemento técnicas didácticas de aprendizaje como actividades, análisis de casos, evaluaciones, y aprendizaje colaborativo. Desarrollo sesiones en línea semanales, de las competencias asignadas durante el periodo. Publico en el CMS Zajuna, las grabaciones de las sesiones en línea realizadas en el periodo. Actualizo en la plataforma Zajuna la carpeta de seguimiento-evaluación, durante el periodo Retroalimentación y evalúo evidencias durante el periodo, en el CMS Zajuna.									
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									
						DIANA MARIA QUIROZ PARRA 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 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.						ANA MARIA PAEZ GOMEZ INSTRUCTOR			
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 ADOLFO PATINO CARDONA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 30338450
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA MARIA QUIROZ PARRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	VIA PEREIRA ALCALA VEREDA	TELÉFONO: 3370188
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6029927391	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 526043426

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				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 9.200
SUBTOTAL:			1	\$ 9.200

VALOR SIN MORA:	\$ 508.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 508.300

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto13Actualización de oficio

4. Número de formulario141096650928

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)30338450

6. DV2

12. Dirección seccionalImpuestos y Aduanas de Tulúa

14. Buzón electrónico21

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida2

25. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía13

26. Número de Identificación30338450

28. PaísCOLOMBIA

29. DepartamentoCaldas169

30. Ciudad/MunicipioManizales001

31. Primer apellidoQUIROZ

32. Segundo apellidoPARRA

33. Primer nombreDIANA

34. Otros nombresMARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoValle del Cauca76

40. Ciudad/MunicipioAlcalá020

41. Dirección principalVIA PEREIRA - ALCALA VDA LOS SAUCES FCA EL DESCANSO

42. Correo electrónicodmquirozp@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 13104149574

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código0010

47. Fecha inicio actividad20190404

Actividad secundaria

48. Código6920

49. Fecha inicio actividad20130304

Otras actividades

50. Código12

85418299

Ocupación

51. Código2411

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código52249

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

59. AnexosSI☐NO☒

60. No. de Folios:0

61. Fecha2024-08-05 / 12:27:30PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. NombreACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 27-05-2026 05:27:20PM



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

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA MARIA QUIROZ PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30338450 el día 04/08/2026 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



Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA MARIA QUIROZ PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30338450 realizó el día 04/08/2026 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 DIANA MARIA QUIROZ PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30338450 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.

Firma

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