

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL CALDAS</p>		<p>Código Regional</p>	<p>17</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>922010</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Octubre de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>JUNIO 2021 - 3,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>06211-090334</p>
<p align="center">ENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y CONSTRUCCION - CALDAS - SERVICIOS PRESTADOS A LA F</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>No. de documento</p>	<p>252488</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>apmunoz@sena.edu.co</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>		<p>☐ NO ☒ Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>		<p>☐ NO ☒ Es Pensionado?</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO DE OCCIDENTE</p>		<p>Tipo de cta</p>
		<p>AHORROS</p>		<p>N° Cuenta</p>
		<p>031208226</p>		
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>
		<p>☐ NO ☒ SI</p>		<p>☐ NO ☒ SI</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>2245834/2021</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>
		<p>5321</p>		
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 39.000.000</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 9.230.000</p>		<p>Del</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 5.330.000</p>		<p>Al</p>
		<p>Legalización comisiones del periodo</p>		<p>31/10/2021</p>
		<p>\$ 0,00</p>		<p>Valor Bruto Pago</p>
		<p>\$ 3.900.000,00</p>		
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>				
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p>INSTRUCTOR: PRESTAR TEMPORALMENTE SERVICIOS PROFESIONALES, COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA EJECUTAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES, APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN, ÁREA FORMACIÓN VIRTUAL "INGLÉS".</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 3.900.000</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 3.900.000</p>		<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 2.299.050</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
		<p>\$ 0</p>		<p>\$ 0</p>
		<p>\$ 0</p>		<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Octubre</p>		<p>Setiembre</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 1.560.000</p>		<p>\$ 1.560.000</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 195.000</p>		<p>\$ 195.000</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 249.600</p>		<p>\$ 249.600</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ 8.200</p>		<p>\$ 8.200</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>		<p>\$ 390.000</p>		<p>-</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>		<p>\$ 766.350</p>		<p>-</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
		<p>Valor Base retención en la fuente</p>		<p>2.299.050,00</p>
		<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>		<p>3.455.400,00</p>
		<p>Valor base IVA</p>		<p>0,00</p>
		<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>		<p>0,00</p>
		<p>Menos Retención en la Fuente</p>		<p>0,00</p>
		<p>Menos Retención IVA</p>		<p>0,00</p>
		<p>Reteica - 8299</p>		<p>12.785,00</p>
		<p>Otras Retenciones</p>		<p>0,00</p>
		<p>Otras Retenciones</p>		<p>0,00</p>
		<p>Otras Retenciones</p>		<p>0,00</p>
		<p>Otras Retenciones</p>		<p>0,00</p>
		<p>Descuentos de Libranza</p>		<p>0,00</p>
		<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>		<p>0,00</p>
		<p>VALOR A PAGAR</p>		<p>\$ 3.887.215,00</p>
<p align="center">SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>En la plataforma se motiva a lo(a)s aprendices a que realicen el sondeo de conocimientos previos, este es en línea</p> <p>Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •Acción de Formación English Dot Works 1 ficha: 24</p> <p>Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •. Acción de Formación English Dot Works 1 ficha:</p> <p>Los aprendices se encuentran asociados a las respectivas rutas de aprendizaje EDW1 2424628 EDW1 2424630 EDW2 2424629 EDW6 2424631</p> <p>En la plataforma se encuentra en la semilla de cada curso el Manual de convivencia y el reglamento del(la) aprendiz</p>				
<p align="center">PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA INSTRUCTOR G09</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">VICTOR JERLIER CASTAÑO SANCHEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

TOTAL APORTES A PENSION												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600
SUBTOTALES:										\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.200	\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200
SUBTOTALES:									\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	\$ 9.400	\$ 0	\$ 9.400
SUBTOTALES:			\$ 9.400	\$ 0	\$ 9.400

TOTAL	\$ 462.200
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9120557030 DV: 816465

Cliente: LCLOZANO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/10/2021 09:41:21

Recaudador:
080001 TULUA CENTRO ::

Cantidad cupones: 1
Identificación: 41933186

Nombre: ANGELA PATRICIA
Apellido 1: MUÑOZ
Apellido 2: ALVARADO
Documento: Cedula de Ciudadanía
Código: 0000000000
Código Planilla: 1732914861
Código Pago: 2021/09
Código Comisión: 0
Código Iva Comisión: 0
Referencia: Valor
935186 \$462.200,00

Por recibido: \$462.200,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario.
Conserve este recibo, es el único
aporte válido para atender cualquier
reclamación.

Con la solicitud y aceptación de mi
parte, de la prestación de este
servicio, entienda que manifiesto
verbalmente mi autorización para el
otorgamiento de los datos personales que
puntualmente he entregado a Efectivo
da. Estos datos pueden ser utilizados
única y exclusivamente para la
prestación del servicio convenido.
Línea de servicio al cliente: (1)
6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 31 de octubre de 2021

Señores

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 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.	1094964907	María Paula Arboleda Muñoz	HIJO
T.I	1092461183	María Alejandra Arboleda Muñoz	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Angela Patricia Muñoz Alvarado

C.C. 41933186

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

H.F.M.
NUIP

1092461183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50264317

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina										
Registraduría ☐	Notaria ☒	Número	04	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N	4	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía										
COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA										

Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
ARBOLEDA					MUÑOZ									
Nombre(s)														
MARIA ALEJANDRA														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo		Factor RH				
Año	2	0	1	0	Mes	S	E	P	Día	0	4	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10086037-8

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6,498,578 DE TULUA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	

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 2010 Mes OCT Día 11	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



54744511

NUIP 1.094.964.907

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N 2 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
ARBOLEDA		MUNOZ	
Nombre(s)			
MARIA PAULA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2015	Mes NOV	Día 03 FEMENINO	0 POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	5231795395

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.933.186	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.498.578	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.498.578	<i>Julio Cesar Arboleda O.</i>

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 2015	Mes NOV	Día 2	<i>Wilber Jesus Salas Tiron</i>
		Nombre y firma	
		WILBER JESUS SALAS TIRON REGIST	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

**Agencia Pública
DE EMPLEO**

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 41933186 el día 25/10/2021 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