

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	19
	REGIONAL CAUCA		Código Centro	930710
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL		Fecha Elaboración	Abril de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	61869-211743
			No. de documento	73546

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LEONARDO HAROLD CHAPID CHAVEZ	C.C.	97.480.558
Correo electrónico contratista:	lchapid@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3217300
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	26162286120
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2363698/2021	N° Compromiso SIIF	32121
Valor Total del Contrato	\$ 34.641.000	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 32.973.100	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2021 Al 30/04/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 29.124.100	Comisiones	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación titulada presencial o virtual, en el programa SER, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Producción de piezas audibles para industrias	
(Descripción del servicio prestado)			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.849.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1.667.900		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.516.900	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.197.183	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.539.600	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 3.197.183,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 192.500	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.410.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 246.400	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.100	\$ 4.800	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 300 6.820,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 147.900		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 115.500		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 22.600		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 551.690		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 1.065.728		VALOR A PAGAR \$ 3.842.180,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo en el municipio de Puerto Tejada ficha No. 236369 con 80 horas y en el municipio de Santander de Quilichao ficha No. 2316450 horas 80, para un total de 160 horas	

<p>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>LEONARDO HAROLD CHAPID CHAVEZ EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<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>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS INSTRUCTOR</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</p>

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		97480558		NÚMERO PLANILLA:		4384366897		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		POPAYAN		DEPARTAMENTO:		LEONARDO HAROLD CHAPID CHAVEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		marzo		AÑO	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CARRERA 7 A # 26 BN 51 PISO 2		TELÉFONO:		3012193		DÍAS DE MORA:		2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		2021	
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994584619	
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
TIPO EMPRESA:		ÚNICO													
FORMA DE PRESENTACIÓN:															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 106.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 106.800	\$ 0	\$ 106.800
SUBTOTALES:										\$ 106.800	\$ 0	\$ 106.800

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 83.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 83.500	\$ 0	\$ 0	\$ 83.500		
SUBTOTALES:													\$ 83.500	\$ 0	\$ 0	\$ 83.500		

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	\$ 7.000	\$ 7.000	\$ 0	\$ 0	\$ 7.000
SUBTOTALES:									\$ 7.000	\$ 0	\$ 0	\$ 7.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																											
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU										
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT		IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 97480558	CHAPID LEONARDO HAROLD	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.540.000			NO	18																	230301- PORVENIR	13	\$ 667.334	\$ 106.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 106.800	EPS005- SANITAS S.A.	13	\$ 667.334	\$ 83.500	\$ 0	\$ 83.500	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	13	\$ 667.334	97480558	\$ 7.000	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 197.300

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9025235996 DU: 767153

Cajero: DYRINCON

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 06/04/2021 10:59:38

PS Recaudador:
061008 LOS ROYOS ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 97480558

Nombre: HAROD

Apellido 1: CHAPI

Apellido 2: NOO

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO: 3012193042

Codigo Planilla: 4384366897

Periodo Pago: 2021/03

Valor Comision: 0

Valor Iva Comision: 0

Referencia

97480558

Valor

\$197.300,00

Valor recibido: \$197.300,00

Forma de pago: EFECTIVO

aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
aporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi
parte, de la prestacion de este
servicio, entienda que manifiesto
verbalmente mi autorizacion para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Lda., Estos datos pueden ser utilizados
unica y exclusivamente para la
prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1)

6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:													\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

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	\$ 9.300	\$ 9.300	\$ 0	\$ 0	\$ 9.300
SUBTOTALES:									\$ 9.300	\$ 0	\$ 0	\$ 9.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			DÍAS COT	ADMIN				
1	CC 97480558	CHAPID LEONARDO HAROLD	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.540.000			NO	18						A											230301-PORVENIR	13	\$ 667.334	\$ 106.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 106.800	EPS005-SANITAS S.A.	13	\$ 667.334	\$ 83.500	\$ 0	\$ 83.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	13	\$ 667.334	97480558	\$ 7.000	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 97480558	CHAPID LEONARDO HAROLD	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.540.000			NO	18						C											230301-PORVENIR	13	\$ 667.334	\$ 106.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 106.800	EPS005-SANITAS S.A.	13	\$ 667.334	\$ 83.500	\$ 0	\$ 83.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	13	\$ 667.334	97480558	\$ 16.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 97480558	CHAPID LEONARDO HAROLD	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.540.000			NO	18						R											230301-PORVENIR	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 0	97480558	\$ 9.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 9.300
--------------	-----------------

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9030532711

DV: 011955

Cajero:

DYRINCON

Cliente beneficiario:
10263 PILA RECAUDO

Fecha:

15/04/2021 15:19:12

PS Recaudador:
061008 LOS ROYOS ::

Cantidad cupones:

1

Identificación:

97480558

Nombre:

HABIB

Apellido:

RODRIGUEZ

Documento:

CEDULA DE CIUDADANO

Telefono:

3012199042

Código planilla:

4386237703

Valor pago:

\$9.300.00

Valor comisión:

\$9.300.00

Valor recibo:

\$9.300.00

Forma de pago:

Efectivo

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el único soporte válido para atender cualquier reclamación

Con la solicitud y aceptación de mi parte, de la prestación de este servicio, entiendo que manifiesto verbalmente mi autorización para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efactivo Ltda.; Estos y exclusiones pueden ser utilizados únicamente para el servicio contratado. Prestación del servicio para la línea de servicio al cliente: (15)

servicioalcliente@efacty.com.co
www.efacty.com.co

www.efacty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	97480558	NÚMERO PLANILLA:		4387650219		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LEONARDO HAROLD CHAPID CHAVEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES	marzo	AÑO	2021	2021		
CIUDAD/MUNICIPIO:		POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA	DÍAS DE MORA:					0			
DIRECCIÓN:		CARRERA 7 A # 26 BN 51 PISO 2	TÉLEFONO:	3012193	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2021/04/27	9994876674		
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					4386254298	2021/04/15		
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO											
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				SI									

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9036231155

DV: 311118

Cajero:

DYRINCON

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

27/04/2021 10:24:28

PS Recaudador:

061008 LOS HOYOS ::

Cantidad cupones:

1

Identificacion:

97480558

Nombre:

HAROLD

Apellido 1:

CHAPERO

Apellido 2:

NO APLICA

TIPO DOCUMENTO:

CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO:

1232147

Codigo Planilla:

4387650219

Periodo Pago:

2021/03

Valor Comision:

0

Valor Iva Comision:

0

Referencia

Valor \$79.400,00

97480558

Valor recibido:

\$79.400,00

Forma de pago:

EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entienda que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, 30 de marzo 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	1.061.805.643	LETICIA CHAPID FRANCO	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: **HAROLD CHAPID CHAVEZ**

Contratista

C.C. 97.480.558 Putumayo



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número **N** 0488769

NUIP 1.061.805.643

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Nacido

Apellidos y Nombres completos

CHAPID FRANCO LETICIA

Fecha de nacimiento (Mes en letras)

Sexo (M o F)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 0 7 FEMENINO 0 -

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Fecha de inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 1 7 0056353600

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

FRANCO GAITAN HELENA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 37.555.936 COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CHAPID CHAVEZ LEONARDO HAROLD

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 97.480.558 COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CHAPID CHAVEZ LEONARDO HAROLD

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 97.480.558

Espacio para notas

Datos de la Oficina de registro que expide el certificado

País: COLOMBIA CAUCA POPAYAN

F 2 F

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

2 1

Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 2 1

Nombre y firma del funcionario



Adhesivo Grilla
Registro Civil



ROSANGELA ESTUPINAN
CALVINHE

Registrador del Estado Civil