SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954610** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2019** |
| **Versión** | **FEBRERO 2019 - 2,19** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | DIANA MARIA PARRA GUZMAN | **C.C.** | 40.049.648 | **IP/Nº de contacto** | 74123 |
| **Correo electrónico contratista:** | dparrag@sena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | SI |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 32222450518 |
| **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 2019 supera los $ 113.091.000** | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 1167214/2019 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **104819** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 5.750.833 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 2.300.333 | **2** | **Del** | **01/12/2019** | **Al** 20/12/2019 | **$ 2.300.333,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.300.333 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 2,29% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 77.596 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.450.500 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.750.833** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 6.114 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.389.888** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 71.482** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Diciembre | Noviembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | 8602404671 | **8601985576,860** | Valor Base retención en la fuente | 3.389.888,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 920.133 | $ 1.380.200 | Valor Base retención en la fuente ICA | 2.037.933,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 115.100 | $ 172.600 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 147.300 | $ 220.900 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 71.482,00 | 2,29% |
| ARL II | $ 9.700 | $ 14.500 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8543 | 4.076,00 | 0,200% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 220.900 | | | | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 172.600 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 14.500 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.096.640 | $ 575.083 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 548.320 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.224.800 | $ 1.129.963 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.224.775,00** | |

**SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Capacitación en Higiene y manipulación de alimentos 48 Horas a personas inscritas en dos fichas de caracterización en Babosa
fichas creadas y con aprendices asociados, y evaluados
Elaboración de guías con sus respectivos instrumentos de evaluación y material de apoyo
Participación en reunión de instructores del área de alimentos

**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 diligenciados.

**DIANA MARIA PARRA GUZMAN**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**MARTHA RUEDA MONCADA**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

Vélez Santander, diciembre de 2019

Señor (a)
**MARTHA RUEDA MONCADA**
SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1167214
Coordinación Académica
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Ciudad

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Mes DICIEMBRE del año 2019

**Referencia:** No. CO1.PCCNTR.1167214 del año 2019.

DIANA MARIA PARRA GUZMAN, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 40049648 de Tunja, en mi calidad de Contratista del SENA, Prestar servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en el área de alimentos en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago**: El valor total del presente contrato asciende a la suma de **Cinco millones setecientos cincuenta mil ochocientos treinta y tres Pesos M/Cte. ($5.750.833) incluido IVA**, de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: **a)** Pagos mensuales por valor de **Tres Millones Cuatrocientos Cincuenta Mil Quinientos Pesos ($3.450.500)** m/cte. **b)** En los casos en los que las actividades no superen el mes, el pago se realizará en proporción al tiempo trabajado, siempre que no supere el valor del contrato.

**Plazo:** Será hasta el (**20**) de (**diciembre**) de 2019.

| **OBJETO:** |
|---|
| Prestar servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en el área de alimentos en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente. |

**CLÁUSULA CUARTA**

| No | **Obligaciones** | **Acciones realizadas** | **Evidencias** |
|---|---|---|---|
| 1. | Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los | Ejecución de las actividades programadas en cumplimiento del | Guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, de las |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral. | programa de higiene y manipulación de alimentos | fichas, Fotografías |
| 2. | Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación. | Cargue de las actividades a Sofía Plus, así como inasistencias, Entrega de planillas de reporte. | Informe de actividades, Planillas, fichas cargadas en el drive |
| 3. | Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes. | Elaboración de instrumentos de evaluación para actividades desarrolladas. | Instrumentos de evaluación aplicados y elaborados para las fichas Cargadas en drive de las fichas) |
| 4. | Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro. | Apoyo a las ofertas educativas del centro que se han ejecutado en el mes de noviembre de 2019 | Mensajes de WhatsApp enviados a grupos relacionados con el programa de procesamiento de alimentos |
| 5. | Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional. | Informes requeridos y presentados al líder de formación en complementaria | Informe mensual de actividades, de las fichas caracterizadas |
| 6. | Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo. | Utilización adecuada de los ambientes de formación | Sin novedades |
| 7. | Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su | Reporte de actividades a Sofía en el tiempo establecido. | Rutas creadas Aprendices asociados, juicios valorativos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información. | | |
| 8. | Contar con la certificación vigente de la norma de competencia “Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados” o la actualización “Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo” o en su defecto deberá aplicar el proceso. | Realización de cursos en pedagogía especialización en Pedagogía | Curso especial en orientación de los procesos para la ejecución de la formación profesional integral certificado del curso ubicado en la carpeta del mes de noviembre. DIPLOMA de Especialista en Ética y Pedagogía de la Fundación Universitaria Juan de Castellanos en drive. |
| 9. | Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz. | Inducción para socialización reglamento del aprendiz | Registro de asistencia a inducción |
| 10. | Hacer seguimiento y evaluar la etapa productiva de los aprendices que les sean asignados para dicho fin. | No me fueron asignados aprendices | No aplica |
| 11. | Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia. | Se entrego la documentación según dependencia | Entrega de documentación a administración educativa |
| 12. | Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato. | Hacer difusión de la oferta académica | Redes sociales |

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe

(**formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| …… | | | | |

***Nota 1:*** *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, 8601985576 expedida por ASOPAGOS correspondientes al mes de noviembre y 8602404671 expedida por ASOPAGOS correspondientes al mes de DICIEMBRE del año 2019.

Cordialmente,

**DIANA MARIA PARRA GUZMAN**
**Contratista**
**C.C. No. 40049648**

Recibí a satisfacción:

**MARTHA RUEDA MONCADA**
**Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.1167214**

Banagrario

ASOPAGOS S.A. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

PLANILLA PARA PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO AGRARIO
RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

| | |
|---|---|
| Razón social | DIANA MARIA PARRA GUZMAN |
| Identificación | CC-40049648 |
| Código dependencia o sucursal | 0 |
| Nombre dependencia o sucursal | DIANA MARIA PARRA GUZMAN |
| Fecha de generación del reporte | 2019-11-27 |
| Período pensión | 201911 |
| Período salud | 201911 |

Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago

Número de identificación

**40049648**

Período pensión

**201911**

Cantidad de registros

**3**

| Fecha límite de pago | Número de planilla | Total a pagar | Total seguridad social | Valor transacción financiera | Tipo de planilla | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019-12-10 | 8601985576 | $400.800 | $400.800 | $0 | I | Lista para pago en banco |

(415)7709998013483(8020)8601985576802000040049648201911390000004008009620191210

Señor(a) aportante

Para garantizar un mejor servicio, Asopagos solicita diligenciar la siguiente informació

| | |
|---|---|
| Nombre consignante | DianaMariaParraGuz |
| Tel. Cel. | 7486265 |
| Tel. Fijo | 3118479682 |
| Período Pagado | Noviembre 2019 |

27/11/2019 10:42:38 Cajero: lcipagau

Oficina: 6024 - BARBOSA
Terminal: B6024CJ040V5 Operación: 57694292

**Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | **$400,800.00** |
| Costo de la transacción: | $0.00 |
| Iva del Costo: | $0.00 |
| GMF del Costo: | $0.00 |

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8601985576
Ref 2: 00040049648201911

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transaccion solicitada se registro correctamente en el comprobante. Si no esta de acuerdo informele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuniquese en Bogota al 5948500 resto del pais al 018000915000



Scanned by CamScanner

27/11/2019 Interssi - Declaración y Pago de Segu

27/11/2019 10:42:38 Cajero: icipagau

Oficina: 6024 - BARBOSA
Terminal: B6024CJ040V5 Operación: 57694292

**Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS**
**Valor:** **$400,800.00**
Costo de la transacción: $0.00
Iva del Costo: $0.00
GMF del Costo: $0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8601985576
Ref 2: 00040049648201911

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transaccion solicitada se registro correctamente en el comprobante. Si no esta de acuerdo informele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuniquese en Bogota al 5948500 resto del pais al 018000915000

**DETALLE PLANILLA**
**OPERADOR DE INFORMACIÓN**

**Razón social:** DIANA MARIA PARRA GUZMAN
**Identificación:** CC-40049648
**Código dependencia o sucursal:** 0
**Nombre dependencia o sucursal:** 0
**Fecha de generación del reporte:** 2019-11-27
**Fecha limite de pago:** 2019-12-11

**Período pensión:** 2019-11
**Período salud:** 2019-11
**Referencia de pago (PIN): 8602375658**
**Tipo de planilla:** I
**Clase de planilla:** Normal
**Número de la planilla:** 8601985576

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO DE AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR | SELECCIONAR TODOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES | 1 | $0 | $0 | $0 | $220.900 | $220.900 | ☐ |
| EPS016 | 805000427 | COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1 | $0 | $0 | $0 | $172.600 | $172.600 | ☐ |
| 14-23 | 860011153 | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $0 | $0 | $0 | $7.300 | $7.300 | ☐ |
| GRAN TOTAL | | | | $0 | $0 | $0 | $400.800 | $400.800 | |

Imprimir Descargar Resumen

Scanned by CamScanner

Banagrario

ASOPAGOS S.A. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

PLANILLA PARA PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO AGRARIO
RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

| | |
|---|---|
| Razón social | DIANA MARIA PARRA GUZMAN |
| Identificación | CC-40049648 |
| Código dependencia o sucursal | 0 |
| Nombre dependencia o sucursal | DIANA MARIA PARRA GUZMAN |
| Fecha de generación del reporte | 2019-12-06 |
| Período pensión | 201912 |
| Período salud | 201912 |

Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago

Número de identificación

**40049648**

Período pensión

**201912**

Cantidad de registros

**3**

| Fecha límite de pago | Número de planilla | Total a pagar | Total seguridad social | Valor transacción financiera | Tipo de planilla | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2020-01-13 | 8602404671 | $272.100 | $272.100 | $0 | I | Lista para pago en banco |

(415)7709998013483(8020)8602404671802000040049648201912390000002721009620200113

Señor(a) aportante

Para garantizar un mejor servicio, Asopagos
solicita diligenciar la siguiente informaci

| | |
|---|---|
| Nombre consignante | |
| Tel. Cel. | |
| Tel. Fijo | |
| Período Pagado | |

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/12/2019 15:02:55 Cajero: lcipagau

Oficina: 6024 - BARBOSA
Terminal: B6024CJ040V5 Operación: 62588448

**Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | **$272,100.00** |
| Costo de la transacción: | $0.00 |
| Iva del Costo: | $0.00 |
| GMF del Costo: | $0.00 |

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8602404671
Ref 2: 00040049648201912

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transaccion solicitada se registro correctamente en el comprobante. Si no esta de acuerdo informele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuniquese en Bogota al 5948500 resto del pais al 01800915000



Scanned by CamScanner

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

06/12/2019 15:02:55 Cajero: lcipagau

Oficina: 6024 - BARBOSA
Terminal: B6024CJ040V5 Operación: 62588448

**Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS**
**Valor:** **$272,100.00**
Costo de la transacción: $0.00
Iva del Costo: $0.00
GMF del Costo: $0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8602404671
Ref 2: 00040049648201912

*Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transaccion solicitada se registro correctamente*

**DETALLE PLANILLA**
**OPERADOR DE INFORMACIÓN**

**Razón social:** DIANA MARIA PARRA GUZMAN
**Identificación:** CC-40049648
**Código dependencia o sucursal:** 0
**Nombre dependencia o sucursal:** 0
**Fecha de generación del reporte:** 2019-12-06
**Fecha limite de pago:** 2020-01-14

**Período pensión:** 2019-12
**Período salud:** 2019-12
**Referencia de pago (PIN):** **8602375658**
**Tipo de planilla:** I
**Clase de planilla:** Normal
**Número de la planilla:** 8602404671

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO DE AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR | SELECCIONAR TODOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES | 1 | $0 | $0 | $0 | $147.300 | $147.300 | ☐ |
| EPS016 | 805000427 | COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1 | $0 | $0 | $0 | $115.100 | $115.100 | ☐ |
| 14-23 | 860011153 | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $0 | $0 | $0 | $9.700 | $9.700 | ☐ |
| GRAN TOTAL | | | | $0 | $0 | $0 | $272.100 | $272.100 | |

Imprimir Descargar Resumen

Scanned by CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Vélez, 5 DE DICIEMBRE DE 2019

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **R.C** | **1099212089** | **DAVID JOSE OLAYA PARRA** | **HIJO** |
| **RC** | **1099218507** | **LUCIANA OLAYA PARRA** | **HIJA** |

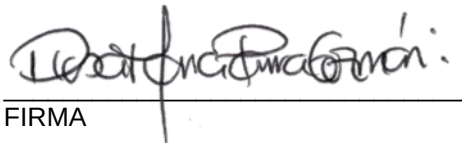
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: __DIANA MARIA PARRA GUZMAN____

C.C. ___40049648 DE TUNJA_____

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NUIP 1.099.212.089

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50947160

X5094715DX

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| OLAYA | PARRA |

Nombre(s): DAVID JOSE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2012 Mes MAY Día 18 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA MONIQUIRA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 1127448-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: PARRA GUZMAN DIANA MARIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 40.049.643 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 91.016.434 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 91.016.434 | |

**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 2012 Mes MAY Día 23 | SANDRA MILENA [illegible] ROJIGUES<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.099.218.507

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 152488632

- 52488632 -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| OLAYA | PARRA |

Nombre(s): LUCIANA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes SEP Día 15 | FEMENINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA MONIQUIRA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14985714-9 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: PARRA GUZMAN DIANA MARIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 40.049.648 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 91.016.434 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 91.016.434 | |

**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 2018 Mes SEP Día 15 | LUZ ESTELLA DALLOS TRIANA - REGIS<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner