SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROCIO LUCIA PARRA MURILLO	C.C.	54.253.310	IP/Nº de contacto	3137707626
Correo electrónico contratista:	rlparram@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	433030001951
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 2020 supera los $ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1357793/2020			Nº Compromiso SIIF	4320		
Valor Total del Contrato	$ 6.592.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.592.000	1	Del	13/02/2020	Al	29/02/2020	$ 1.867.733,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.724.267		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.867.733		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 1.867.733		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.072.995		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	Dto 1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 186.773	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 357.665	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.072.995,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.617.433,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	3.235,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	18.677,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	$ 1.845.821,00	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Con la ficha 1906154 se desarrollaron actividades como: 1)Investigación y Socialización conformado por grupos de 4 aprendices sobre: La política nacional y territorial para la primera infancia. 2) Investigación, socialización, ensayo y mesa redonda donde se abordaron los siguientes temas: Transformaciones familiares y sociales, funciones de derechos de la familia. *Promover vinculos afectivos, construcción de normas de participación infantil. *Distinguir la equidad de genero desde todos sus aspectos. *Planificar con las- familias buenos hábitos de alimentación, higiene y recreación. *Planificar propuestas pedagogias innovadoras, con el arte, el juego, , la literatura y la exploración del medio. *Reconocer las ruta integral de atenciones definidas para el territorio de acuerdo con sus caracteristicas particulares. *promoción del buen trato, prevención de situaciones de riesgo, vulneración e inobservancia. - Analizar el contexto social donde transcurre el desarrollo de los niños y niñas para la selección y la intencionalidad pedagógica del Verificar capacidades, intereses y saberes de niños y niñas.Visita a los diferentes ambientes de aprendizaje de entorno familiar en- el municipio de Carmen del Darien en su cabecera municipal cCarmen del Darien. la Cual se concluyó que la enseñanza se basara en el desarrollo de actividades Teórico Practico, en donde aplicariamos lo visto en el salón de clases, espacios que se puedan realizar lo- teórico y lo practico.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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 leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aqui diligenciados.

Rocio Lucia Parra Murillo

ROCIO LUCIA PARRA MURILLO
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 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,

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

NUEVA EPS S.A
Certifica

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 54253310 ROCIO LUCIA PARRA MURILLO

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S. A 4

Fecha Afiliación 17/08/2011 Estado Cotizante ACTIVO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado 01/12/2019 Causal ACTIVO

Fecha Cancelación 00/00/0000

Beneficiario

La presente certificación se expide el día 4 de febrero de 2020 a solicitud del interesado,

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

LAURA ANDREA GIRALDO BRAN

ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

Escaneado con CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) ROCIO LUCIA PARRA MURILLO identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 54253310, se encuentra afiliado (a) desde 13/09/2006 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES y su estado es ACTIVO COTIZANTE.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2020.

Rosa Mercedes Niflo Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14265386781

(415)7707212489984(8020) 000001426538678 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 4 2 5 3 3 1 0 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Quibdó — 1 8

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 4 2 5 3 3 1 0	1 9 8 4 0 8 1 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARRA	MURILLO	ROCIO	LUCIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CR 3 33 58 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
rocioparra05@hotmail.com		6 7 1 4 1 3 1	3 1 3 7 7 0 7 6 2 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 3	2 0 1 0 0 1 2 2					2 3 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 3 1 1 2 1

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: HURTADO LEUDO JULIO CESAR

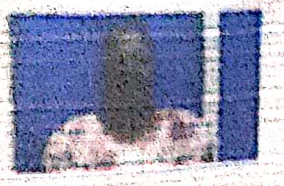
985. Cargo: Analista IV

SENA VALIDACION SIGEP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 04-02-2020 10:33:21AI

Escaneado con CamScanner



ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
DIPLOMADO EN CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Certificado No.: 309498 **Fecha y hora:** 04/02/2020 11:57:36

Fecha y hora del Examen: 04/2/2020 11:45:00 (-05) **Lugar del Examen:** QUIBDO

Tipo certificado: Ingreso **Énfasis en:** Osteomuscular

Nombre Completo: ROCIO LUCIA PARRA MURILLO **Email:** rociopatrol56@hotmail.com

Tipo Documento: CC **No. de Identificacion:** 54253310

Genero: Femenino **Fecha de Nacimiento:** 5/12/1965 (54 años de edad)

Empresa: SENA CHOCÓ **Cargo:** INSTRUCTORA

Lateralidad: Diestro

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto Medico: Apto con recomendaciones que no intervienen en su cargo normal

¿Se recomienda Valoracion por la EPS?: SI

Limitaciones o Restricciones: ninguno

Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo: NO

Recomendaciones médicas laborales: Uso de elementos de protección personal de acuerdo a la exposicion laboral, Pausas activas para manos y espalda, Utilizar una adecuada higiene postura y mecanica corporal para la realizacion de su trabajo, Dieta hipocalorica y ejercicio regular de acuerdo a su estado fisico

Recomendaciones médica para el área del trabajo: Uso de señales y normas de seguridad, Curso de manejo de la voz y el estrés

Valoracion por Especialista(s):
1. nutricionista
2. ortopedia
3. oncologia

Recomendacion a la Patologia preexistente:
1. uso de gafas
2. control con oncologia anual
3. uso de calzado de tacón bajo

EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS PRÁCTICADOS:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Rocio Lucia Parra M.
Nombre: rocio lucia parra murillo
Motivo: Certificado de Aptitud al Cargo
Fecha: 4/02/2020 11:57:28 a. m. (UTC-05:00)

FIRMA MÉDICO OCUPACIONAL
Licencia Salud Ocupacional

FIRMA ASPIRANTE AL CARGO
C.C. 54253310

Consultorio Médico Doctora Tatiana Sofia Posada Zambrano, Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional. Nit: 1004773-1.
Calle 30 # 3-19 entre las carreras 3ra y 4ta, Barrio Cristo Rey | Telefono: (+57 4) 6707222 | Celular: (+57) 3152163916
Email: contactenos@doctortatianaposada.com, info@doctortatianaposada.com | Pagina web: http://www.doctortatianaposada.com

Escaneado con CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROCIO LUCIA PARRA MURILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 54253310 realizó el día 17/02/2020 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ROCIO LUCIA PARRA MURILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 54253310 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Rocio Lucia Parra Murillo

Firma

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ROCIO LUCIA PARRA MURILLO, con Cédula Ciudadanía No. 54253310 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 13/02/2020 y fecha fin de contrato 11/04/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000492697.

Dada en Bogotá, a los 12 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Impreso por Internet el 12/02/2020 09:34:00 a. m.
ISCDC: 12/02/2020 09:34:00 a. m.

Escaneado con CamScanner

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: PARRA MURILLO ROCIO LUCIA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 54253310, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-330-30-00195-1, con una antigüedad de QUINCE (15) año(s).

Se expide en QUIBDO, a los cuatro (04) días del mes de febrero de 2020, con destino a: EL CLIENTE

Banco Agrario de Colombia
Of. Quibdo - Chocó
DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

Escaneado con CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MEDELLIN	MEDELLIN	65	65-44-101181133	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
12	02	2020	12	02	2020	00:00	10	08	2020	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
PARRA MURILLO, ROCIO LUCIA			CC: 54.253.310
DIRECCIÓN: KR 66 NRO. 97 - 109	CIUDAD: MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO:	3137707626

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT: 899.999.034-1	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CHOCO			
DIRECCIÓN: KR 1 A NRO. 28 - 71 OFC 108	CIUDAD: QUIBDO, CHOCO	TELÉFONO	6723600
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1357793 RELACIONADO CON LA PRESTACION DE SERVICIOS UN (1) INSTRUCTOR PARA ATENDER PROCESOS DE FORMACION EN LA MODALIDAD DE TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA, EN EL CENTRO DE RSCURSCS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/02/2020	10/08/2020	$659,200.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******7,000.00	$ *******5,130.00	$ **********32,130.00	$ *********659,200.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LIBIA VASQUEZ Y CIA LTDA ASESORES D	4607	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006 - TELEFONO: 3695060 - MEDELLIN

65-44-101181133

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Rocio Lucia Parra Murillo

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

DLF004607C

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 19 de febrero de 2020

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:

T.I.	1004012382	YUBERTH DALEY DELGADO PARRA	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

Rocio Lucia Parra Murillo
FIRMA

Nombre: _ROCIO LUCIA PARRA MURILLO

C.C. 54253310

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1004012382

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35024128

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina — julio 29/2003

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3411

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

COLOMBIA=CHOCO= QUIBDO= NOTARIA SEGUNDA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DELGADO

Segundo Apellido: PARRA

Nombre(s): YUBERTH DALEY

Fecha de nacimiento: Año 2000 Mes JUL Día 08

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: X X

Factor RH: X X

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

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASISI DE QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO

Número certificado de nacido vivo: A 4698923

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PARRA MURILLO ROCIO LUCIA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. # 54.253.310 DE QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DELGADO AGUILAR YUBER

Documento de identificación (Clase y número): CC. # 11.798.019 DE QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANO

Apellidos y nombres completos: DELGADO AGUILAR YUBER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. #11.798.019 DE QUIBDO

Firma: Yuber Delgado

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X

Documento de identificación (Clase y número): X X X X X X X

Firma: X X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número): X X X X X X

Firma: X

Fecha de inscripción: Año 2003 Mes JUL Día 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BASILISA PALACIOS GARCIA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Yuber Delgado Aguilar

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

Rocio Lucia Parra Murillo

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner