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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**48579-103210**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	34.547.920	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mfallav@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	7942000256
IP/Nº de contacto:	3146528617	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	5833073/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**18824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA POBLACIÓN DESPLAZADA Y VULNERABLE, DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.749.509
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.558.721
Valor Bruto Pago:			**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.297.206

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	Ninguno	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	**$ 3.452.303**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.029.073**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4550588807**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 1.380.921
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 172.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.000	$ 221.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.300	$ 7.300
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 345.230	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 677.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.785.518		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.029.073,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.452.303,00	
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 - POPAYAN	6.905,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.445.398,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ORIENTAR FPI EN LA FICHA 2982587,COMPETENCIA:250701123, RA:2507011231, 2507011232, 2507011233,DESDE EL 01 DE JUNIO DE 2024 SEGUN REPORTE SOFIA PLUS.

ORIENTAR FPI EN LA FICHA 2969107,COMPETENCIA:250701123 RA:2507011231, 2507011232, 2507011233,DESDE EL 04 DE JUNIO DE 2024 SEGUN REPORTE SOFIA PLUS.

ORIENTAR FPI EN LA FICHA 2986741,COMPETENCIA:250701122, RA:2507011221, 2507011222, 2507011223,2507011224, DESDE EL 06 DE JUNIO DE 2024 SEGUN REPORTE SOFIA PLUS

DOS FICHAS EN PROCESO DE CREACION

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

Firmado digitalmente por Maria Deisy
Fecha: 2024.06.13 11:17:25 -05'00'

MARIA DEISY FALLA VASQUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

Firmado digitalmente por ALEXANDRA RODRIGUEZ
Fecha: 2024.06.18 00:13:00 -05'00'

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

12/06/24 09:52:43 USUARIO: SIC - C.C. 34547920

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34547920
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DEISY FALLA VASQUEZ FALLA VASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 61 A N 14 78	TELÉFONO:	8329621
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
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):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4550588807**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998845889

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	$ 221.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 221.000	$ 0	$ 221.000
SUBTOTALES:										**$ 221.000**	**$ 0**	**$ 221.000**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 172.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.700	$ 0	$ 0	$ 172.700
SUBTOTALES:													**$ 172.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 172.700**

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	$ 7.300	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 7.300
SUBTOTALES:									**$ 7.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																		
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 34547920	FALLA VASQUEZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.380.922				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.380.922	$ 221.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 221.000	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.380.922	$ 172.700	$ 0	$ 172.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.380.922	34547920	$ 7.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 401.000**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9501706524 DV: 000091

Cajero: SANTURLO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/06/2024 14:02:27

PS Recaudador:
999553 EL 000

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 34547920

Nombre: MARIA
Apellido 1: FALCA
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3146528617
Codigo Planilla: 4550588807
Periodo Pago: 2024/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
34547920 $401.000.00

Valor recibido: $401.000.00
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, entiendase 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

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

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9501706524 DV: 000091

iero: SANTURLO

iente beneficiario:
10263 PILA RECAUDO

ha: 01/06/2024 14:02:27

Recaudador:
99553 EL 000

tidad cupones: 1

ntificacion: 34547920

bre: MARIA
llido 1: FALCA
llido 2: NAA
O DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
EFONO: 3146528617
igo Planilla: 4550588807
odo Pago: 2024/05
or Comision: 0
or Iva Comision: 0
erencia Valor
47920 $401,000.00

or recibido: $401,000.00
ma de pago: EFECTIVO

lica 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, entiendase 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

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	34547920
NOMBRES	MARIA DEISY
APELLIDOS	FALLA VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	POPAYAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/12/2024 14:36:42	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) MARIA DEISY FALLA VASQUEZ , identificado(a) con CC 34547920 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/02/2008 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	VIGENTE
CC	4611769	JOHN ALEXANDER GUTIERREZ BURBANO	VIGENTE
TI	1058935101	JUAN ESTEBAN GUTIERREZ FALLA	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/06	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/07	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/08	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/09	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/10	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/11	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2023/12	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2024/01	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2024/02	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2024/03	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2024/04	30
CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC	34547920	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	2024/05	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los DOCE (12) días del mes de JUNIO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte: MHhmoralef HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-019-930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA

Fecha y Hora Generación Reporte: 2024-05-08-5:23 p. m.

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	51924	**Fecha Solicitud**	2024-05-08	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-019-930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-05-08	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	POBLACION DESPLAZADA			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	7524	**Dependencia Solicitante**	930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	CC: 34547920	CONTRATISTA	Autorizada	2024-05-15	2024-05-15	CAUCA / POPAYAN	CAUCA / PURACE	0,5	No	50	1	3.452.303,00	188.890,00	188.890,00	64.000,00	252.890,00	IMPARTIR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS EN LOS MUNICIPIOS DE PURACÉ COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO
				2024-05-16	2024-05-16	CAUCA / POPAYAN	CAUCA / SANTANDER - Q.	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**188.890,00**	**64.000,00**	**252.890,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

IMPARTIR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS EN LOS MUNICIPIOS DE PURACÉ COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO

ORDENADOR DEL GASTO

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHhmoralef	HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-019-930710	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2024-05-08-5:23 p. m.	

Identificacion:	10723561	Nombre:	HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ Firmado digitalmente por HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA

Firma Responsable

Verificado Por:	ANGIE NATALIA SOLIS TINTINAGO	Fecha Verificación:	08/05/2024 15:32:05

Firmado digitalmente por Maria Deisy
Fecha: 2024.06.07 09:46:14 -05'00'

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHnsarias	NUBIA STELLA ARIAS ORTEGA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-019-	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA
Fecha y Hora Sistema:	9/05/2024 12:00:00 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 7524 de fecha 2024-01-17. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	90624	**Fecha Registro:**	2024-05-09	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-019-930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	252.890,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	252.890,00	**Saldo x Obligar:**	252.890,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	34547920	**Razón Social:**	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	7942000256	**Banco:**	SCOTIABANK COLPATRIA SA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	10723561	**Nombre:**	HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**51924**	**Número:**	SOLICITUD 51924	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2024-05-09

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		252.890,00	0,00		
					Total:	252.890,00	0,00	252.890,00	252.890,00

Objeto:	VIATICOS SOLICITUD 51924 POP-PURACE-STADER-POP 15-16 MAYO IMPARTIR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS EN LOS MUNICIPIOS DE PURACÉ COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-019-930710	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-05-09	252.890,00	252.890,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Firmado digitalmente por Maria Deisy
Fecha: 2024.06.07 09:48:17 -05'00'

	Versión: 04
	Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					**07/05/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
MARIA DEISY FALLA VASQUEZ (mfallav@sena.edu.co)					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**34547920**
CONTRATO	**No.**	**CO1_PCCNTR_5833073**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	9	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cauca				**DEPENDENCIA / CENTRO**	**Centro de Comercio y Servicios**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL	HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ				**CARGO**	SUBDIRECTOR DE CENTRO (E.)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL	ADRIANA CONSTANZA PAVAS QUIÑONES				**CARGO**	COORDINADORA ACADÉMICA PROGRAMAS ESPECIALES(E.)		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO							
RUTA	**POPAYA - SANTANDER DE QUILICHAO - PURACE - POPAYAN**						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cauca			**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Comercio y Servicios**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Cauca			**ENTIDAD O EMPRESA:**	SENA	**CONTACTO**	3136379771 Alfonso - 3126394056-Edilma Zambrano
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	15	5	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	16	5	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	IMPARTIR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS EN LOS MUNICIPIOS DE PURACÉ COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO.						

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Adelantar las gestiones necesarias para la ejecución del contrato en condiciones de eficiencia y calidad, de acuerdo con las

AGENDA

ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)

Día 1 : 15/05/2024
Desplazamientos ruta : POPAYAN - PURACE -POPAYAN.
Medio de transporte: TERRESTRE
Actividades a ejecutar: ORIENTAR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS PROGRAMA DE DESPLAZADOS FICHA EN PROCESO DE CREACION.

Día 2: 16/05/2024
Desplazamientos ruta : POPAYAN - SANTANDER DE QUILICHAO -POPAYAN.
Medio de transporte: TERRESTRE
Actividades a ejecutar: ORIENTAR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS PROGRAMA DE DESPLAZADOS FICHA 2917072.

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ	Firmado digitalmente por ADRIANA CONSTANZA PAVAS Fecha: 2024.05.07 17:29:45 -05'00'	
Nombres y Apellidos: **HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ**	**Nombres y Apellidos:** **Adriana Constanza Pavas Quiñones**	
Cargo: **subdirector de Centro(E.)**	**Cargo:** **Coordinadora de Programas Especiales (E)**	**Nombres y Apellidos: MARIA DEISY FALLA**

CDP: 7524 LIQUIDACION NORMAL

Proceso GESTIÓN DE TALENTO HUMANO **Formato AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**		Versión: 04 Código: GTH-F-090

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

El objetivo del formato es registrar las actividades de los contratistas que se desplazan fuera de la sede habitual de trabajo, autorizado por el SENA a desarrollar actividades que se relacionan con el objeto del contrato.

MARIA DEISY FALLA VASQUEZ (mfallav@sena.edu.co)

NOMBRE DE LA CASILLA		INSTRUCCIONES	TENER EN CUENTA
DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA	**FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA**	Escriba el día, mes y año en que se elabora el documento.	N/A
	NOMBRES Y APELLIDOS	Escriba tal como aparece en el Contrato de Prestación de Servicios vigente el nombre(s) y apellidos del contratista que se desplaza.	N/A
	IDENTIFICACIÓN:	Escriba el tipo y número de identificación del contratista que se desplaza.	N/A
	CONTRATO	Escriba el número asignado al Contrato Prestación de Servicios firmado con el SENA, el año y la fecha de vencimiento del mismo.	N/A
	OBJETO CONTRACTUAL:	Escriba el objeto tal como aparece en la **CLÁUSULA PRIMERA** del Contrato de prestación de servicios firmado con el SENA.	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Escriba el nombre y el cargo del ordenador del gasto de acuerdo con lo descrito en el **numeral 6** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios	N/A
	SUPERVISOR	Escriba el nombre y el cargo del supervisor relacionado en la **CLÁUSULA SÉPTIMA** del contrato de prestación de servicios.	N/A
ACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	**RUTA**	IMPARTIR FORMACION EN EL AREA DE ARTESANIAS EN LOS MUNICIPIOS DE PURACÉ COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO.	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional	N/A
	Adelantar las gestiones necesarias para la ejecución del contrato en condiciones	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación.	N/A
	CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS:	Diligencie este campo **SOLO** cuando corresponda a un desplazamiento nacional diferente a Regional o Centro de Formación o cuando corresponda a un desplazamiento internacional. Escriba ciudad y departamento o país a la cual se dirige.	N/A
	ENTIDAD O EMPRESA:	Escriba el nombre completo de la organización en donde se cumplirá el objeto de su desplazamiento y el nombre del contacto.	N/A
	CONTACTO	Escriba el nombre de la persona que sirve de contacto de la organización en donde se cumplirá el objeto de la comisión.	N/A
	FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que inicia el desplazamiento.	N/A
	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que finaliza el desplazamiento.	N/A
	OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	En este campo se describe el objeto del desplazamiento, el cual debe ser directamente relacionado con su objeto y obligaciones contractuales (CLÁUSULAS PRIMERA Y CUARTA, PARAGRAFO TERCERO del contrato de prestación de servicios).	N/A

INFORM			
	OBLIGACIONES DEL CONTRATO	Escriba la(s) obligación(es) de su contrato de prestación de servicios que se relaciona(n) con el objetivo del desplazamiento.	N/A
	AGENDA	Relacione las actividades concertadas previamente con el supervisor de su contrato y con las cuales se cumplirá el objeto del desplazamiento. (Incluya filas si lo considera necesario) y la fecha en la que se desarrollarán.	Nombres y Apellidos: MARIA DEISY FALLA
	ACTIVIDADES	**Especificar la hora prevista para desarrollar las actividades que justifican el desplazamiento del**	**N/A**
	OBSERVACIONES	Relacione los gastos de transporte que se generarán en el desarrollo de la comisión, de acuerdo con la Circular de Escala de viáticos para contratistas que se encuentre vigente al momento de solicitar la comisión.	N/A
	Autoriza la Comisión (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) y cargo del ordenador del gasto	N/A
	Supervisor (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del supervisor	N/A
	Comisionado (Nombre)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del contratista	N/A

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: POPAYAN 29 DE MAYO DE 2024

PRESENTADO A: **HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ**
Subdirector(E) Centro de Comercio y Servicios

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
51924	**15 de mayo 2024**	**16 de mayo de 2024**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO: PURACE-COCONUCO, SANTANDER DE QUILICHAO.	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	REGIONAL CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	**Popayán**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Orientar Formación Complementaria presencial en el programa, Elaboración de tejidos en técnica de crochet en las fichas 2969107 Puracé-Coconuco y 2941995 Santander de Quilichao.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Elaborar tejidos en técnica de crochet.

RESULTADOS:

Continuar la capacitación implementando diferentes técnicas.
Implementar el material reciclable en la elaboración de los proyectos.
Aplicar creatividad de los aprendices en el proceso

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe

1. Listas de asistencia
3. Evidencias fotográficas

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Elaborar tejidos en técnica de crochet.	**MARIA DEISY FALLA VASQUEZ**	**15 al 16 de mayo**

CONCLUSIÓNES:
Continuar el proceso de formación, aplicando técnicas para la elaboración de productos de calidad, la elaboración de los proyectos.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADORA PROGRAMAS ESPECIALES	**ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS**	

PARA: Milton Fabian Díaz Mosquera – Coordinador Grupo Administrativo y Financiero Mixto
DE: Harol Armando Rosero Salazar **–** Ordenador del Gasto

ASUNTO: Pago No Orden de viaje **90624,** Valor total **$252.890** objeto del desplazamiento **Orientar formación complementaria presencial en el programa, elaboración tejidos en técnica de crochet Código 52620002, en los municipios de Puracé-Coconuco y Santander de Quilichao en las fichas 2969107 y 2941995.**

Como ordenador del Gasto **Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago**:

NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA O NATURAL: MARIA DEISY FALLA VASQUEZ
CEDULA O NIT: 34547920
TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL Factura No___ Convenio No. ____ Contrato No. ____ Resolución Otro **__X__**

CONCEPTO DEL PAGO: Orden de viaje # **90624**

Valor antes de IVA	**$0**
Valor del IVA	**$0**
Valor Total Notas Crédito	**$0**
Valor total Notas Debito	**$0**
Valor total Pago	**$252.890**

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

TABLA No. 1 Registro Presupuestal número 57524 de 2024

Dependencia	Posición del Gasto	Fuente	Recurso	Situación	PAC
930710 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO	Nación	10	CSF	$252.890
Total					**$252.0**

Nota 1: La información para el diligenciamiento de la tabla anterior la encuentra en el Registro Presupuestal de Compromiso.

USO PRESUPUESTAL para aplicar A-02-02-02-006-004-SERVICIOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS (SOLO CUANDO EL CONTRATISTA SE LE RECONOCE TRANSPORTE)

El giro de los recursos debe realizarse a la cuenta **Nº 7942000256** del banco **SCOTIABANK COLPATRIA SA** a nombre de **MARIA DEISY FALLA VASQUEZ., NIT 34547920**

REGISTRO FOTOGRÁFICO FICHA 2969107 “ELABORACION DE TEJIDOS EN TECNICA DE CROCHET”

Ilustración 6. Ficha EN PROCESO DE MATRICULA. Elaboración de tejidos en técnica de crochet, clases presenciales En esta fotografía observamos a los aprendices el municipio de Puracé-Coconuco. Elaboración de tejidos en técnica de crochet, de la formación del día 15 de mayo de 2024.



Maria Deisy Falla Vasquez (MAY 15 de 2024). Formación en Elaboración de tejidos en técnica de crochet, Población DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA y MUJERES CABEZA DE FAMILIA, Municipio de Puracé-Coconuco. Formato JPG.

REGISTRO FOTOGRÁFICO FICHA 2941995 "ELABORACION DE TEJIDOS EN TECNICA DE CROCHET"

Ilustración 12. Ficha 2941995, clases presenciales. En esta fotografía observamos a los aprendices el municipio de Santander de Quilichao. Se continua con la capacitación en elaboración de tejidos en técnica de crochet del día 16 de mayo de 2024.



Maria Deisy Falla Vasquez (MAY 16 de 2024). Formación en Elaboración de tejidos en técnica de crochet, Población DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA y MUJERES CABEZA DE FAMILIA, Municipio de Santander de Quilichao. Formato JPG.

LISTADO DE ASISTENCIA FICHA 2969107 MUNICIPIO DE PURACE-COCONUCO

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 14 DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): ELABORACION DE TEJIDOS EN TECNICA DE CROCHET: FICHA: 2969107

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
	Maribel Hernández	34375370		Aprendiz		CCyS		3177358049		Maribel Hernández
	Liliana Sanjuan	1061694541		Aprendiz		CC y S		314 [illegible]		Liliana Sanjuan
	Marcela [illegible]	25627787		Aprendiz			marcelaSbc@gmail.com	3509913235		Marcela
	Daiana Bonilla	1081761188		Aprendiz		CCyS	daianabonilla[illegible].com	3146571520		Daiana B.
	[illegible]	1061777425		Aprendiz		CCyS	[illegible]	3126476369		Adriana Pizo.
	Adriana Pizo	1061785630		Aprendiz		CCyS	adriana.P.[illegible]	3128077351		adriana pizo
	Ma Nelba Cuaran	25627915		aprendiz		CC y S	[illegible]	3177692[illegible]		[illegible]
	Angie Yulieth [illegible]	1061394419		Aprendiz		CC y S	[illegible]	3122926[illegible]		Angie Ulcue
	Yuli A Asirama	1002876606		Aprendiz		CCyS	[illegible]	3[illegible]		Yuli. Asirama
	Kachyn Bonilla	1061686715		Aprendiz		CCyS	[illegible]	3206876[illegible]		Kachyn B.
	Nicoly Bombagan	1.002.838.[illegible]		Aprendiz		CC y S	[illegible]	3112937[illegible]		Nicoly Bombagan
	Nozly Pisso	1061721527		Aprendiz		CCyS	Nozly.Marcela.[illegible]	3186621820		Nozly Pisso

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

LISTADO DE ASISTENCIA FICHA 2941995 MUNICIPIO DE PURACE-COCONUCO

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 15 DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2024 — Santander de Quilichao

OBJETIVO (S): ELABORACION DE TEJIDOS EN TERNICA DE CROCHET FICHA: 2941995 - 2941995

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
	Argemira Yadira	25583812						3137444847		Argemira Yadira
	Rocio Arrechea	34597584						3206516447		Rocio Arrechea
	Sandoval020	34601752						3206577116		Sandra Galeza
	Deisy A C	34597523						3137018		Deisy A C A
	Edelmira Pos.	39595.818						3506980333		
	anabeiba P.	1061600783						3168240740		anabeiba Palacios
	Hayda Tabal. RAL	34611842						3216106030		Hayda Tabal. RAL
	Liba Rodriguez	25664889						3126225764		Liba Rodriguez
	Eacnis Zapata	34592970						316 1010198		Eacnis Zapata
	Nuria Taguinas	25364102						3128476220		
	Aurora Prieto	34593219						3125879534		Aurora Prieto D.
	Lucelly González	29.899.595						3128555324		
	Deyanira Pa	34770226						3124498		Deyanira

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 11 junio del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

C.C.	**1002778575**	**JUAN ALEJANDRO GUTIERREZ FALLA**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

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,

Firmado digitalmente por Maria Deisy
Fecha: 2024.06.11 22:14:59 -05'00'

MARIA DEISY FALLA VASQUEZ
C.C. 34547920