

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A		Código Regional	76
			Código Centro	954410
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	82002-507346
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIANA ROCIO AGREDO YELA		
Correo electrónico contratista:		dagredoy@sena.edu.co		
C.C.		34.327.469		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		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 DE BOGOTA		Tipo de cta
		AHORROS		N° Cuenta
		520381112		
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 \$ 117.503.000
		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1419207/2020		N° Compromiso SIIF	24420
Valor Total del Contrato	\$ 33.240.000	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.240.000	2	Del	01/04/2020 Al 30/04/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.640.000		Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.600.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	2,48%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 96.527	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 3.000.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.600.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 15.000	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.890.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 81.527	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	3.890.700,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.440.000	\$ 1.200.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.189.600,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.000	\$ 150.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 230.400	\$ 192.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	81.527,00
ARL	\$ 7.600	\$ 6.300	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Pro-UCEVA	18.000,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 192.000		Universidad del Pacífico	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 150.000		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 6.300		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 660.000		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 1.296.900		VALOR A PAGAR	\$ 3.500.473,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Citación de aprendices por ficha en asocio con el profesional de bilingüismo, para iniciar formación</p> <p>Se impartió formación profesional a complementaria presencial fichas 2080931 2080932</p> <p>Se verifica que el aprendiz se encuentre registrado en Sofia 2080931 2080932</p> <p>Se hace inducción a los aprendices de complementaria el primer día.</p> <p>Se realizan los cursos de inducción y capacitación de Seguridad y Salud en el Trabajo 2020 propuestos n la plataforma SIC.</p> <p>Se aplican metodologías activas en la formación profesional integral como el uso de herramientas tecnológicas o TIC.</p> <p>Se verifica que el aprendiz finalice su registro a cursos complementarios 2080931 2080932 Se crean rutas de aprendizaje y se asocian</p> <p>Se entrega planeación del curso Ingles Básico 1.</p> <p>Se realizan los informes de actividades y cumplimiento de contrato para el presente mes</p> <p>Se brinda constantemente un trato amable y cordial a toda la comunidad SENA y demás personas que visitan el Centro de formación</p>				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
<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>				
DIANA ROCIO AGREDO YELA EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				
<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>				
MIOSOTIS CARDENAS GARCIA PROFESIONAL G08				
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				
JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Simple

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2020-04-07, 11:34:49 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: marzo de 2020

Periodo Servicio: marzo de 2020

Referencia pago (PIN): 8808945130

Fecha límite de pago: 2020-04-17

GUARDADA 07/04/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ROCIO AGREDO YELA	Dirección	DG 63 #32 - 16
Documento	CC34327469	Teléfono	3127062355
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Total Afiliados	1
Ciudad	PALMIRA	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	CC34327469

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novidades										Pensiones		Salud		Riesgos			Cajas		Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Saldo Cotizante	IBF	IRE	ITR	ITR	ITR	ITR	ITR	ITR	ITR	ITR	ITR	IBF	Aporte	Administradora	IBF	Aporte	Administradora	IBF	Aporte	Aporte	Aporte	Aporte	Total

III. TOTALES																								
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSB	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sona	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salidos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL						
\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 0	\$ 192.000	\$ 0	\$ 0	\$ 150.000	\$ 6.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 348.300	\$ 0	\$ 348.300						

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Sellos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000	\$ 0	\$ 192.000	\$ 0	\$ 0	\$ 150.000	\$ 6.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 348.300	\$ 0	\$ 348.300

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

11

Cafam-Colsubsidio-Mercadogruerías Cafam-Colsubsidio-



888808945130000000991231

Periodo de cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir



(415)7709998485884(8020)8808945130(3900)0000000(96)20991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

(Más que Fácil, SIMPLE!)

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

BanCompartir

contigo

Abr 07 2020 - 11:49:34 ASDEMV_VO4_R32

PUNTO DE LIQUIDACION D

CALLE 33 28 69 LOCAL 10

C. COMERCIO: 0576008791

TER: 00123021

RECIBO: 001208 RRN: 098302102812

Pago SIMPLE

Numero de autorizacion: 195310

Id del aportante: 8808945130

Numero de PIN: 8808945130

Periodo de liquidacion: 2020/03

Valor: \$ 348.300

Comision: \$ 0

Por favor valide que los datos impresos
en este comprobante sean correctos.

****CLIENTE****

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, 20 de marzo de 2020

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:

C.C.	Haga clic aquí para escribir texto.	José Arnulfo Ágredo	PADRE
------	-------------------------------------	---------------------	-------

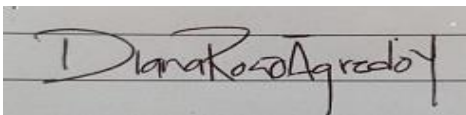
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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 Rocío Ágredo Yela

C.C. 34327469

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, 20 de marzo de 2020

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:

C.C.	34524326	Doris Yela	MADRE
------	----------	------------	-------

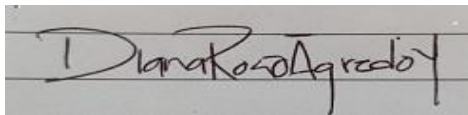
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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 Rocío Ágredo Yela

C.C. 34327469

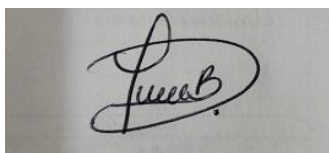
EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, el señor José Arnulfo Ágredo identificado con cedula de ciudadanía número 6096483 y la señora Doris Yela identificada con cédula de ciudadanía número 34524326, ambos residentes en el municipio de Timbío-Cauca; presentan lazo parentesco de primer grado con Diana Rocío Ágredo Yela, identificada con cédula de ciudadanía 34327469 de Popayán. Que en la actualidad el señor José Arnulfo Ágredo y la señora Doris Yela, no obtienen ingresos propios, por lo cual cumplen los criterios para que pueda figurar como dependiente de la señora Diana Rocío Ágredo Yela, situación en la que la compromete a realizar una deducción mensual de UN MILLÓN CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL PESOS M/cte (1.139.000) para su bienestar y estabilidad económica.

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora Diana Rocío Ágredo Yela ante el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Palmira, a los 15 días del abril de marzo de 2020.

Anexo: Registro civil que constata lo anteriormente declarado.



Cindy Lorena Benavidez Gómez
Contadora Pública
Universidad del Valle
C.C 1114825464
Tarjeta profesional número: 253120-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

9275703

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica (2) Parte compl.

841204

06972

(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)

NOTARIA PRIMERA

(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría

POPAYAN (CAUCA)

(5) Código

2201

SECCION GENERICA

(6) Primer apellido

AGREDO

(7) Segundo apellido

YELA

(8) Nombres

DIANA ROCIO.

(9) Masculino o Femenino

FEMENINO

(10) Masculino ☐

Femenino ☒

FECHA DE NACIMIENTO

(11) Día

04

(12) Mes

DICIEMBRE

(13) Año

1.984

(14) País

COLOMBIA

(15) Departamento, Int., o Com.

CAUCA

(16) Municipio

POPAYAN

SECCION ESPECIFICA

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento

HOSPITAL SAN JOSE.

(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)

CERTIFICADO MEDICO.

(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento

FIRMA ILEGIBLE.

(18) Hora

8.15am.

(22) Apellidos (de soltera)

YELA

(23) Nombres

DORIS.

(21) No. licencia

319

(25) Identificación (clase y número)

CC# 34.524.326 POPAYAN.

(26) Nacionalidad

COLOMBIANA

(27) Profesión u oficio

HOGAR.

(24) Edad actual

34

(28) Apellidos

AGREDO

(29) Nombres

JOSE ARNULFO.

(30) Edad actual

41

(31) Identificación (clase y número)

CC# 6.096.483 CALI. VALLE.

(32) Nacionalidad

COLOMBIANO

(33) Profesión u oficio

COMERCIANTE.

(34) Identificación (clase y número)

CC# 6.096.483 CALI. VALLE.

(35) Firma (autógrafa)

Jose Arnulfo Agredo.

(36) Dirección postal y municipio

TIMBIO. CAUCA.

(37) Nombre:

JOSE ARNULFO AGREDO.

(38) Identificación (clase y número)

(39) Firma (autógrafa)

(40) Domicilio (Municipio)

(42) Identificación (clase y número)

(41) Nombre:

(43) Firma (autógrafa)

(44) Domicilio (Municipio)

(45) Nombre:

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(46) Día

04

(47) Mes

ENERO

(48) Año

1.985

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

(49) Firma (autógrafa) del funcionario ante quien se hace el registro

Forma L. 1010-0 VI/77

Departamento

NOTARÍA PRIMERA DE POPAYAN
CERTIFICA

ESTA FOTOCOPIA DEL ORIGINAL CORRESPONDE AL
ACTA DEL FOLIO DEL REGISTRO CIVIL QUE SE
LLEVA EN EN ESTA NOTARÍA

POPAYAN,

16 JUL 2014

ANA ELVIRA GUZMAN DE VILLON
Notaria 1a. del Circulo de Popayan

NOTARÍA PRIMERA DE POPAYAN
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural, en cuya constancia firmo.

59 Firma del padre que hace el reconocimiento

60 Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61 NOTAS

ESPACIO EN BLANCO

RES. O. ENERO
SDE MAYO
SES SEPT.

REPUB

Superintende

92757

Clase Notaria

NO

Primer apellido

TUMIÑ

Masculino o Fe

MASCU

País

COLOME

Clinica, hospital

BARRIO

Documento pres

TESTIG

Apellidos (de solt

CHANTRE

Identificación (cla

CC# 36.3

Apellidos

TUMIÑA

Identificación (cla

CC# 76.2

Identificación (clas

CC# 76.2

Dirección postal y

BELLA VIS

Identificación (clase

CC# 10.5

Domicilio (Municipi

BARRIO LA

Identificación (clase

CC# 10.52

Domicilio (Municipi

BARRIO LO

(FECHA EN O

47 Mes

04 ENERO

INAL PARA LA O