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	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**06849-839509**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIANA ROCIO AGREDO YELA
Correo electrónico contratista: dagredoy@sena.edu.co
C.C. 34.327.469 **IP/Nº de contacto** 22640

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 **Nº 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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1419207/2020 **Nº Compromiso SIIF** **24420**

Valor Total del Contrato	$ 33.240.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.840.000	**6**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 3.600.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.240.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.600.000		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	**$ 3.600.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.122.200**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4350896366**	Valor Base retención en la fuente	2.122.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.440.000	$ 1.440.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.189.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.000	$ 180.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.400	$ 230.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.600	$ 7.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	18.000,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 360.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 707.400		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.582.000,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Citación de aprendices por ficha en asocio con el profesional de bilingüismo, para iniciar formación
Se impartió formación profesional a complementaria presencial fichas 2080915 2080920 2080931 2080928 2080932 2080941
Se verifica que el aprendiz se encuentre registrado en Sofia 2080915 2080920 2080931 2080928 2080932 2080941 2084108
Se hace inducción a los aprendices de complementaria el primer día.
Se realizan los cursos de inducción y capacitación de Seguridad y Salud en el Trabajo 2020 propuestos n la plataforma SIC.
Se aplican metodologías activas en la formación profesional integral como el uso de herramientas tecnológicas o TIC.
Se verifica que el aprendiz finalice su registro a cursos complementarios 2080931 2080932 Se crean rutas de aprendizaje y se asocian
Se entrega planeación del curso Ingles Básico 1.
Se realizan los informes de actividades y cumplimiento de contrato para el presente mes

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 ROCIO AGREDO YELA
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,

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34327469
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ROCIO AGREDO YELA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TIMBIO	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 18 # 16 45 TIMBIO	TELÉFONO:	3167340
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4350896366**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			81369841

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.400	$ 0	$ 230.400
SUBTOTALES:										**$ 230.400**	**$ 0**	**$ 230.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													**$ 180.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.000**

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	$ 7.600	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 34327469	AGREDO YELA DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.440.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.440.000	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.440.000	$ 180.000	$ 0	$ 180.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.440.000	34327469	$ 7.600	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 418.000**

Bancoomeva

Registro Transacciones Caja

No.TRN 065 RECAUDOS SOI-EN LINEA
OFICINA 901 Popayan
CAJERO VHFV3016
FECHA 2020/08/13 HORA 10:57:56
NOMBRE APORTANTE DIANA ROCIO
CEDULA /NIT 34327469

EFECTIVO 418,000.00
TOTAL 418,000.00
PLANILLA 4350896366
Periodo de pago: Año 2020 - Mes 7

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

NIT. 900.406.150-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, 14 de agosto 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:

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

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, 13 de Julio 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:

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

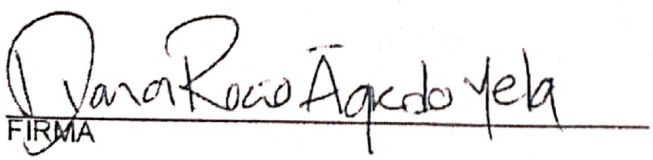
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

9275703

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica: 841204 . . . (2) Parte compl.: 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 X

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.

(18) Hora: 8.15am.

(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Actaparroq.etc.): CERTIFICADO MEDICO.

(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: FIRMA ILEGIBLE.

(21) No. licencia: 319

(22) Apellidos (de soltera): YELA

(23) Nombres: DORIS.

(24) Edad actual: 34

(25) Identificación (clase y número): CC# 34.524.326 POPAYAN.

(26) Nacionalidad: COLOMBIANA

(27) Profesión u oficio: HOGAR.

(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): José 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):

(41) Nombre:

(42) Identificación (clase y número):

(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

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma [illegible] P10 – 0 VI/77

REPUBLICA DE COLOMBIA – NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO – Departamento del Cauca

e hace el reconocimie

NOTARÍA PRIMERA DE POPAYAN
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

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 LUBRONA
Notaria 1a. del Círculo de Popayán

REPUBLICA DE COLOMBIA – Notaría 1a. del Círculo – Popayán Cauca

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

Superintende
92757
(3) Clase Notaría
NO
(5) Primer apellido
TUMIÑ
(9) Masculino o Fe
MASCUI
(14) País
COLOME
(17) Clínica, hospital
BARRIO
(18) Documento pres
TESTIG
(22) Apellidos (de solt
CHANTRE
(25) Identificación (cla
CC# 36.3
(29) Apellidos
TUMIÑA
Identificación (cla
CC# 76.2
(4) Identificación (clas
CC# 76.2
(6) Dirección postal y
BELLA VIS
(8) Identificación (clas
CC# 10.5
(10) Domicilio (Municipi
BARRIO LA
(11) Identificación (clase
CC# 10.52
(12) Domicilio (Municipio
BARRIO LO
(FECHA EN O
(46) Día 04
(47) Mes ENERO
INAL PARA LA