

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	954410
	CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A		Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	03470-728488

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	DIANA ROCIO AGREDO YELA		C.C.	34.327.469
Correo electrónico contratista:	dagredoy@sena.edu.co		IP/N° 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
			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
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ N/A			
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				
N° del contrato:	1419207/2020	N° Compromiso SIIF	24420	
Valor Total del Contrato	\$ 33.240.000	N° Pago	7	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.240.000	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020	Al 30/09/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 8.640.000	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°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.600.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.122.200			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	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	\$ 7.600	\$ 7.600	Menos Retención 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	\$ -		Pro-UCEVA	18.000,00	0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	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		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 707.400		VALOR A PAGAR	\$ 3.582.000,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

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 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 en 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:	DIANA ROCIO AGREDO YELA EL CONTRATISTA
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.	

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	
	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	

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8924202649

DV: 865263

Cajero:

NH MUJI

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

16/09/2020 09:31:31

PS Recaudador:

999940 BARRIO CENTRO

Cantidad cupones:

1

Identificación:

34327469

Nombre:

DIANA ROCIO

Apellido 1:

AGREDO

Apellido 2:

NAA

TIPO DOCUMENTO:

CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO:

3127062355

Código Planilla:

4354683634

Periodo Pago:

2020/08

Valor Comision:

0

Valor Iva Comision:

0

Referencia

34327469

Valor
\$418.000,00

Valor recibido:

\$418.000,00

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, entienda 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.

Línea de servicio al cliente: (1)

servicioalcliente@efecty.com.co

www.efecty.com.co

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	\$ 180.000	\$ 0	\$ 0
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

[illegible]

TOTAL	\$ 418.000
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, septiembre 15 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
------	----------	------------	-------

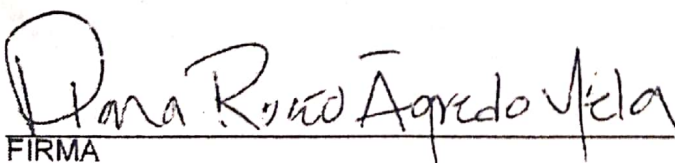
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Palmira, septiembre 15 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
------	-------------------------------------	---------------------	-------

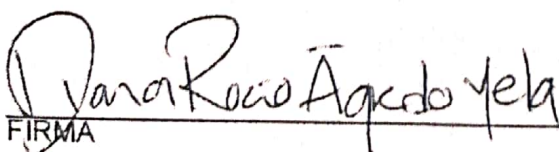
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

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 GENERAL

(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 Círculo de Popayán

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. ENE
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

Día

47 Mes

04 ENE

INAL PARA LA O