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	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**38612-788080**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ESPERANZA RIVAS ESCOBAR	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	40.774.930	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	erivase@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	210620273284
IP/Nº de contacto:	87307	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7400289/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**15225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONSTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED:, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN EL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 41.395.599
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 36.796.088

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9482972825**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$32.784.341	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 901.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
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	9.199,00	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	**$4.590.312,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación profesional integral de manera presencial mediante la prestación de servicios profesionales conforme a las necesidades del Centro de Comercio y Servicio, Sena Regional Cauca. para programa titulada Ficha 2774098 Competencia Reconocer Recursos Financieros - Resultado de Aprendizaje Ciclo Contable se orientó como analizar realizar la causación, la elaboración de toda la información relacionada con el proyecto de formación y Delta. Horas 107.70 Horas

Orientar formación profesional integral de manera presencial mediante la prestación de servicios profesionales conforme a las necesidades del Centro de Comercio y Servicio, Sena Regional Cauca. para programa titulada Ficha 2774098 Competencia Reconocer Ficha 2824228 Competencia Reconocer Recursos Financieros - Resultado de Aprendizaje Costo, se orientó como identificar los componentes costos de producción de un producto, punto de equilibrio etc Horas 55.80

Total: 163.50

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

Esperanza Rivas E

Firmado digitalmente por Esperanza Rivas Escobar
Fecha: 2025.03.10 12:37:03 -05'00'

ESPERANZA RIVAS ESCOBAR
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.

Firmado digitalmente por ADA LORENA CERON ROSERO
Fecha: 2025.03.12 10:06:29 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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)

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:
Estado de la transacción:
Clave planilla:
Período de pago:
Fecha:
Banco:
Aportes en línea: 9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40774930		RIVAS ESCOBAR ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 27 1C 87	FLORENCIA-CAQUETA	4343725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1325786963	9482972825	I	2025/03/10	2025/03/10	BANCO POPULAR	0	$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
1	CC	40774930	RIVAS ESPERANZA	230301	30	$1,839,804	$294,400	EPS005	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$9,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40774930		RIVAS ESCOBAR ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 27 1C 87	FLORENCIA-CAQUETA	4343725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1325786963	9482972825	I	2025/03/10	2025/03/10	BANCO POPULAR	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$534,100	$0	$0	$534,100

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán, 10 de marzo de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Popayán

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:

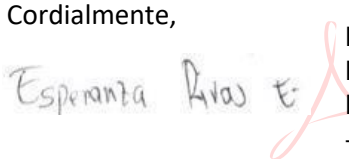
C.C.	**1117489958**	**Daniel Felipe Zarate Rivas**	**HIJO**
C.C	**1117503519**	**Andrés Leonardo Zarate Rivas**	**HIJO**

Toda vez que cumpl1e con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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
Esperanza Rivas Escobar
Fecha: 2025.03.10 12:37:48
-05'00'

_____

FIRMA
Nombre: _Esperanza Rivas Escobar_____
C.C. 40.774.930 Florencia

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.117.503.519



Apellidos
ZARATE RIVAS

Nombres
ANDRES LEONARDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 NOV 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
12 NOV 2024, POPAYAN

Firma

Fecha de expiración
13 NOV 2034

.CO

058720419

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL058720419811001<<<<<<<<<<<
0611073M3411137COL1117503519<6
ZARATE<RIVAS<<ANDRES<LEONARDO<


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.117.489.958
Apellidos
ZARATE RIVAS
Nombres
DANIEL FELIPE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.70
Sexo
M
Fecha de nacimiento
14 SEPT 2004
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)
Fecha y lugar de expedición
23 SEPT 2022, POPAYAN
Fecha de expiración
27 SEPT 2032
Firma
Daniel Felipe


.CO
005031050
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL005031050011001<<<<<<<<<<<
0409142M3209273COL1117489958<6
ZARATE<RIVAS<<DANIEL<FELIPE<<<

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1117489958

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38647043

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

DANIEL FELIPE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes SEP Día 14	MASCULINO*******	A*******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS**********	**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ SANDRA PATRICIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0040781725**********	x

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ YAZMIN**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0030505074**********	Yazmin Llanos

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes OCT Día 20	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

Registradora del Estado Civil

29 DIC. 2014

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

NUIP 1117503519

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9489884

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

ANDRES LEONARDO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes NOV Día 07	MASCULINO*******	O******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6774786**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2006 Mes NOV Día 17	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

----- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER --- IMPRESIÓN LÁSER -----

Corporación Universitaria Autónoma del Cauca.
Nit No. 891.501.766-6
Dir. Calle 5 No. 3-85
Popayán, Cauca - Colombia
Teléfono: (052) 8-213000

ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS
Documento: 1117503519
Programa:
people-Id: 000020521
Criterio: AS- MAT.1P-2025- MATRICULA 16 CREDITOS DE PRIMER SEMESTRE (ING SOFTWARE Y COMPUTACION)

Factura #944
Tipo de oper: (348)
Fecha Fact: 2024-12-17
Fecha Lim Ordi: 2024-12-20

CLIENTE

PAGO - AS- MAT.1P-2025- MATRICULA 16 CREDITOS DE PRIMER SEMESTRE (ING SOFTWARE Y COMPUTACION) - POR VALOR DE: **$ 2,111,800**

(415)7709998173002(8020)023290400093801l1(3900)02111800(96)20241220

Realice su pago en Av. Villas (todas las sedes), Davivienda (Sede Principal) y puntos Super Giros Cauca.

Exija en esta factura el timbre de la máquina registradora o sello de cancelación del banco y conservelo en caso de reclamo.

Corporación Universitaria Autónmoma del Cauca
Todos los derechos reservados © 2017-2018

Corporación Universitaria Autónoma del Cauca.
Nit No. 891.501.766-6
Dir. Calle 5 No. 3-85
Popayán, Cauca - Colombia
Teléfono: (052) 8-213000

ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS
Documento: 1117503519
Programa:
people-Id: 000020521
Criterio: AS- MAT.1P-2025- MATRICULA 16 CREDITOS DE PRIMER SEMESTRE (ING SOFTWARE Y COMPUTACION)

Factura #944
Tipo de oper: (348)
Fecha Fact: 2024-12-17
Fecha Lim Ordi: 2024-12-20

BANCO

PAGO - AS- MAT.1P-2025- MATRICULA 16 CREDITOS DE PRIMER SEMESTRE (ING SOFTWARE Y COMPUTACION) - POR VALOR DE: **$ 2,111,800**

(415)7709998173002(8020)023290400093801l1(3900)02111800(96)20241220

Realice su pago en Av. Villas (todas las sedes), Davivienda (Sede Principal) y puntos Super Giros Cauca.

Exija en esta factura el timbre de la máquina registradora o sello de cancelación del banco y conservelo en caso de reclamo.

Corporación Universitaria Autónmoma del Cauca
Todos los derechos reservados © 2017-2018