

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL HUILA		Código Regional	41
			Código Centro	952610
			Fecha Elaboración	24 de agosto de 2020
	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA - SER		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	81417-279963
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ESPERANZA RIVAS ESCOBAR	C.C.	40.774.930
Correo electrónico contratista:		erivase@sena.edu.co	IP/N° de contacto	87307
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 ?	SI
Banco al cual consignar:		BANCO POPULAR	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	620273284
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:	1322139/2020	N° Compromiso SIIF	4120	
Valor Total del Contrato	\$ 19.800.000	N ° Pago	7	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 220.000	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2020 Al 02/08/2020	\$ 220.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 220.000	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	\$ 220.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.320.000	Valor Base retención en la fuente ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 165.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 211.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 6.900	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 22.000		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 5.550		VALOR A PAGAR	\$ 220.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Seguimientos a la etapa productiva de las fichas 1695506- 1695793- 1695797 Total 22 Horas.				
Total 22 Horas.				
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.			ESPERANZA RIVAS ESCOBAR EL CONTRATISTA	
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 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.			MARÍA EUGENIA FLOREZ ROCHA COORDINADORA ACADÉMICA	
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				
ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2020-07	2020-07	1000000898		9408721434	I	2020/08/11	2020/08/10	BANCO BOGOTA	\$383,100

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,320,000	\$211,200			\$1,320,000	\$165,000			\$0	\$0			\$1,320,000	\$6,900	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,320,000	\$211,200			\$1,320,000	\$165,000			\$0	\$0			\$1,320,000	\$6,900	\$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					\$1,320,000	\$211,200			\$1,320,000	\$165,000			\$0	\$0			\$1,320,000	\$6,900	\$0
1	CC 40774930	RIVAS ESPERANZA	230301	30	\$1,320,000	\$211,200	EPS044	30	\$1,320,000	\$165,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,320,000	\$6,900	0
Total Afiliados(1)					\$1,320,000	\$211,200			\$1,320,000	\$165,000			\$0	\$0			\$1,320,000	\$6,900	\$0

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
2020-07	2020-07	1000000898	9408721434	I	2020/08/11	2020/08/10	BANCO BOGOTA	0	\$383,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$211,200	\$0	\$0	\$211,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$211,200	\$0	\$0	\$211,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,900	\$0	\$0	\$6,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,900	\$0	\$0	\$6,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$165,000	\$0	\$0	\$165,000	
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	\$165,000	\$0	\$0	\$165,000	
TOTAL				1	\$383,100	\$0	\$0	\$383,100	

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
2020-08	2020-08	1000000910	9409254356	I	2020/09/08	2020/08/10	BANCO BOGOTA	0	\$25,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$88,000	\$14,100			\$88,000	\$11,000			\$0	\$0			\$88,000	\$500	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$88,000	\$14,100			\$88,000	\$11,000			\$0	\$0			\$88,000	\$500	\$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					\$88,000	\$14,100			\$88,000	\$11,000			\$0	\$0			\$88,000	\$500	\$0
1	CC 40774930	RIVAS ESPERANZA	230301	2	\$88,000	\$14,100	EPS044	2	\$88,000	\$11,000		0	\$0	\$0	14-23	2	\$88,000	\$500	0
Total Afiliados(1)					\$88,000	\$14,100			\$88,000	\$11,000			\$0	\$0			\$88,000	\$500	\$0

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
2020-08	2020-08	1000000910	9409254356	I	2020/09/08	2020/08/10	BANCO BOGOTA	0	\$25,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,100	\$0	\$0	\$14,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$14,100	\$0	\$0	\$14,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$500	\$0	\$0	\$500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$500	\$0	\$0	\$500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,000	\$0	\$0	\$11,000	
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	\$11,000	\$0	\$0	\$11,000	
TOTAL				1	\$25,600	\$0	\$0	\$25,600	

Págs. 25 de febrero de 2020

CERTIFICACION DEPENDIENTE

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Volta - CFP 40326

Radicalización: 10/03/2020

No: 41-1-2020-002582

20/03/2020 09:55:58 AM

Destinatario: 1

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:

T.I.	DANIEL FELIPE ZARATE RIVAS	1.117.489.958	HIJO
T.I.	ANDRES LEONARDO ZARATE RIVAS	1.117.503.513	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 16 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 37 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,

Esperanza Rivas E
FIRMA

Nombre: Esperanza Rivas Escobar
C.C. 40.774.930 Florencia

Isabelo

79 OCT 2004



NUIP 1117489958

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38647043

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W 8 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento 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 Inspección)

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA*****

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

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***** *[Firma]*

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
LLANOS NUNEZ SANDRA PATRICIA*****
Documento de identificación (Clase y número) X *[Firma]*

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
LLANOS NUNEZ YAZMIN*****
Documento de identificación (Clase y número) Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0030505074***** Yazmin Llanos

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

DEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
F. Sahalo
Registraduría del Estado Civil



29 DEC 2014

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1117503519

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 3 9489884
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	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	ZARATE*****	Segundo Apellido	RIVAS*****
-----------------	-------------	------------------	------------

Nombre(s)

ANDRES LEONARDO*****

Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
	2006	NOV	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)	CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930*****
Nacionalidad	COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	ZARATE AUDOR ORLEY*****
Documento de identificación (Clase y número)	CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788*****
Nacionalidad	COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	ZARATE AUDOR ORLEY*****
Documento de identificación (Clase y número)	CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788*****
Firma	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	*****
Documento de identificación (Clase y número)	*****
Firma	*****

Datos segunda 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	RUBI ESTHER VELEZ RUZ***** Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -