SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**09156-823251**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ESPERANZA RIVAS ESCOBAR	**C.C.**	40.774.930	**IP/Nº de contacto**	87307
Correo electrónico contratista:	erivase@sena.edu.co				

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 **Nº Cuenta** 210620273284

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

Nº del contrato: 1794501/2020 **Nº Compromiso SIIF** **123520**

Valor Total del Contrato	$ 13.813.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.813.333	**1**	**Del**	**26/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 740.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.073.333		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 740.000	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	**$ 740.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 311.775**	**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	----------	**9408721434**	Valor Base retención en la fuente	311.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	489.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	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	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	979,00	0,200%
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	$ -		Otras Retenciones	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	$ 74.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 103.925		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 739.021,00**	

SON: SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Induccìon procesos de la formacion profesional integral- 4 Horas
Jornada de Desarrollo Curricular - 8 horas

Total 12 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:

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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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
2020-07	2020-07	1000000898	9408721434	I	2020/08/11	2020/08/10	BANCO BOGOTA	0	$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	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$6,900		$0	$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	$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	$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	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,320,000	$211,200			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$6,900		$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
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

AGO 06 2020 16:36:57 RBMICT 8.51
CORRESPONSAL
PUNTO DE SERVICIO LA P
CLL 5 4-75

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 001480850
V.ELECTRON
**8468
RECIBO: 015751
RECAUDO

TER: 9AORZ925
Cc
RRN: 031414
APRO: 427943

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009408721434

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 383.100

FECHA PLANILLA: 2020/07
VALOR PLANILLA: $ 383.100
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 00/00

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

AGO 06 2020 - 16:32:53
CORRESPONSAL
PUNTO DE SERVICIO LA P
CLL 5 4-75
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009408721434
VALOR: $ 383.100

TOTAL: $ 383.100

Scanned by TapScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14512607973

(415)7707212489984(8020) 000001451260797 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 7 4 9 3 0	1	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	4 0 7 7 4 9 3 0	1 9 8 9 1 2 1 1

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVAS	ESCOBAR	ESPERANZA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 22 18 36 BRR ATALAYA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
esperanzarivase@gmail.com		3 1 3 8 1 6 0 6 1 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 5 2 3	2 0 1 9 0 2 2 0	7 4 9 0	2 0 1 5 0 8 3 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
4 1 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 5 2 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laboremos
Seguridad, salud y ambiente
Medicina Laboral y Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL No 30604

Se certifica que al señor(a):	ESPERANZA RIVAS ESCOBAR		
Identificado(a) con C.C No.:	40774930		
EPS	MEDIMAS	**AFP**	PORVENIR
ARP	POSITIVA		

FECHA 16/01/2018
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDI
CARGO: INSTRUCTORA

Esquema de vacunación:

HEPATITIS B	☐	TETANOS DIFTERIA(T-D)	☑	INFLUENZA	☐	TRIPLE VIRAL	☐
VARICELA	☐	HEPATITIS A	☐	FIEBRE TIFOIDEA	☐	FIEBRE AMARILLA	☑
OTRAS	☐	CUAL					

Se le practicaron los examenes clinicos de:

OPTOMETRIA, GLICEMIA BASAL, PERFIL LIPIDICO, CUADRO HEMATICO, ENFASIS CARDIOVASCULAR, MUSCULO ESQUELETICO, ENFASIS PSICOMETRICO

Los examenes arrojaron como resultado:

APLICA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

REQUIERE REUBICACION No

RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA CONTROL DE PESO CORPORAL,DISMINIR INGESTA DE AZUCARES, HARINAS SEGUIMINETO POR NUTRICION EN LA EPS.REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR MÍNIMO 3 VECES A LA SEMANA, REALIZAR HIGIENE POSTURAL EN SU LUGAR DE TRABAJO. HACER USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDE A SUS FUNCIONES. IMPLEMENTAR PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS EN SU LUGAR DE TRABAJO. IMPLEMENTAR PROGRAMA DE MANEJO DE CARGAS Y GIMNASIA LABORAL.
SE RECOMIENDA IMPLEMETAR SVE CARDIOVASCULAR.

Declaro que TODA la información suministrada por mí en este examen es veraz. Autorizo a Laboremos para que suministre a la Empresa la información requerida por sus directivas, incluyendo la presente Historia Clínica Ocupacional, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentación legal vigente.
La Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado o se vaya afiliar el trabajador, tendrá la guarda y custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional, las cuales serán anexadas a su historia clínica general; está regulado por Resolución 2346 de julio de 2007, emitida por el Ministerio de la Protección Social. La Historia Clínica Ocupacional forma parte de la historia clínica general, por lo que le son aplicables las disposiciones que a esta la

FIRMA DEL MEDICO
Reg. Medico. 123ESP

Esperanza Rivas.
FIRMA DEL TRABAJADOR **HUELLA**
C.C 40774930.

Calle 16a No. 16-55 Barrio 7 de Agosto - Tel. 434 0886 - Cel. 312 592 6229
E - Mail: laboremos1431@yahoo.com
Florencia - Caquetá

Hace constar:

Que el Sr(a) ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40774930 realizó el día 10/09/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ESPERANZA RIVAS ESCOBAR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 40774930 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

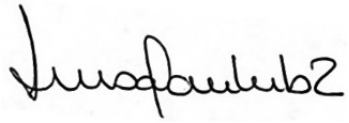
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ESPERANZA RIVAS ESCOBAR, con Cédula Ciudadanía No. 40774930 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 25/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 24/08/2020 y fecha hasta 16/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001019148974.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Popular

Certifica

Que **Esperanza Rivas Escobar**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **40774930** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **210620273284**.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese a los 15 días del mes de septiembre del año 2020.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	61	61-46-101006941	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
24	08	2020	26	08	2020	00:00	15	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	RIVAS ESCOBAR ESPERANZA			Identificación:	40774930
Dirección:	CALLE 27 NO 11-87	Ciudad:	FLORENCIA - CAQUETA	Teléfono:	3138160611

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CALLE 4 N 2-80 BARRIO CENTRO	Ciudad:	POPAYAN - CAUCA	Teléfono:	3113192356

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1794501 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA PRESENCIAL O VIRTUAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS -SENA REGIONAL CAUCA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. PROGRAMA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Y APOYO A OTRAS REDES DE CONOCIMIENTO DEL CENTRO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	26/08/2020	15/04/2021	$ 1,381,333.30

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 15,000.00	$ 7,000.00	$ 4,180.00	$ 26,180.00	$ 1,381,333.30	24/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
LOB ADMINISTRADORA DE SEGUROS LTDA.	38679	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101 - Teléfono: 8721717 - NEIVA

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

LA CONFIANZA

Edna Mireya Rivera Ledesma

Carrera. 7 No. 3-10
Tel. 8372 223
La Plata Huila
Regimen Simplificado
Nit: 36.382.010-3

DIA	MES	AÑO
24	08	2020

○ Crédito ⊗ Contado

Factura de Venta No: 3118

Cliente: Esperanza Rivas Escobar.

C.C. O NIT. 40774930.

Dirección: Calle 27 N. 11-87. Tel: 3138160611.

CANT.	DETALLE	V.UNIT.	V.TOTAL
1	Póliza Cumplimiento N. 61-46-101006941		15000
			7000.
			4180.

Esta factura de venta es un título valor, de conformidad a la ley 1231 del 17 / julio / 2008 y demás normas pertinentes del c.c.

TOTAL: 26180

La confianza

Firma Vendedor

Esperanza Rivas E.

Firma Comprador

Impresos Ideas Gráficas * Cel. 310 7672 666 La Plata H.

Popayán Cauca, 16 de septiembre 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:

T.I.	**1117489958**	**Daniel Felipe Zarate Rivas**	**HIJO**
T.I	**1117503519**	**Andrés Leonardo Zarate Rivas**	**HIJO**

Toda vez que cumple 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,

Esperanza Rivas E.

FIRMA

Nombre: ESEPRANZA RIVAS ESCOBAR

C.C.40.774.930

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 -