SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ARAUCA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVIC

Código Regional	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha Elaboración	**3 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**36400-012988**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
Correo electrónico contratista: dzapardiel@sena.edu.co
C.C. 68.294.535 **IP/Nº de contacto** 74248

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 31727352107

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: 1331932/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5920**

Valor Total del Contrato	$ 29.791.080	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.770.700	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.159.660,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.611.040		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.159.660	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	**$ 3.159.660**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.862.546**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7767705467**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.263.864	$ 1.324.048
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.000	$ 165.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 202.300	$ 211.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 7.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 315.966	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 620.849	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.862.546,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.799.360,00	
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 - 8299	27.994,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.131.666,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios personales de carácter temporal, como instructor del Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca
para ejercer en el programa de Formación Titulada y Complementaria, en FORMACION TRANSVERSAL PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS Y CON LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL, para la vigencia 2020.

2141337 - MANTENIMIENTO MECATRÓNICO DE AUTOMOTORES
2141319 - DIBUJO ARQUITECTÓNICO
2027016 - CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.
2141655 - ELECTRICIDAD INDUSTRIAL

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.

DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
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,

JAIRO ANDRES BERMUDEZ JAUREGUI
INSTRUCTOR G09

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

EDDIE YOVANNY MILLAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	68294535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 26 N° 14A	TELÉFONO:	8851117
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7767705467**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		782795217

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 183.000
SUBTOTAL:			1	**$ 183.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 143.000
SUBTOTAL:			1	**$ 143.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.000
SUBTOTAL:			1	**$ 6.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 332.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	68294535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 26 N° 14A	TELÉFONO:	8851117
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7767705467**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2020		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/28			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	782795217

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 183.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.000	$ 0	$ 183.000
SUBTOTALES:										**$ 183.000**	**$ 0**	**$ 183.000**

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	$ 143.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.000	$ 0	$ 0	$ 143.000
SUBTOTALES:													**$ 143.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 143.000**

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	$ 6.000	$ 6.000	$ 0	$ 0	$ 6.000
SUBTOTALES:									**$ 6.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 68294535	ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.143.500				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.143.500	$ 183.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 183.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.143.500	$ 143.000	$ 0	$ 143.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.143.500	68294535	$ 6.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 332.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	68294535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 26 N° 14A	TELÉFONO:	8851117
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7768729191**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		788583231

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7767705467	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/10/27

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 28.900
SUBTOTAL:			1	**$ 28.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 22.600
SUBTOTAL:			1	**$ 22.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 52.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	68294535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAMARIS ZAPARDIEL ILLERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA	DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 26 N° 14A	TELÉFONO:	8851117
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7768729191**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	788583231
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7767705467	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/10/27

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 28.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.900	$ 0	$ 28.900
SUBTOTALES:										**$ 28.900**	**$ 0**	**$ 28.900**

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	$ 22.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.600	$ 0	$ 0	$ 22.600
SUBTOTALES:													**$ 22.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 22.600**

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	$ 1.000	$ 1.000	$ 0	$ 0	$ 1.000
SUBTOTALES:									**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																					ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 68294535	ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.143.500				NO							A										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.143.500	$ 183.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 183.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.143.500	$ 143.000	$ 0	$ 143.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.143.500	68294535	$ 6.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 68294535	ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.324.048				NO							C										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.324.048	$ 211.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.324.048	$ 165.600	$ 0	$ 165.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.324.048	68294535	$ 7.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 68294535	ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.324.048				NO							R										25-14 COLPENSIONES	0	$ 180.548	$ 28.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 28.900	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 180.548	$ 22.600	$ 0	$ 22.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 180.548	68294535	$ 1.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 52.500**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Arauca, 03 Noviembre 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 la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1117132618**	**CARLOS DANIEL FIGUERA ZAPARDIEL**	**HIJO**
T.I.	**1028401048**	**MARIA PAULA FIGUERA ZAPARDIEL**	**HIJA**
T.I.	**1029403548**	**ANA ISABEL FIGUERA ZAPARDIEL**	**HIJA**

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,

_____
FIRMA
Nombre: Damaris Zapardiel Illera
C.C. 68.294.535

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1117132618

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35867331

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: [ ] Notaría: [X] Número: [ ] Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] **Código** V 7 2

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

COLOMBIA ARAUCA ARAUCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FIGUERA	ZAPARDIEL

Nombre(s): CARLOS DANIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAY Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ARAUCA ARAUCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5686215

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 68.294.535 DE ARAUCA - ARAUCA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 17.585.740 DE ARAUCA - ARAUCA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 17.585.740 DE ARAUCA - ARAUCA

Firma

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 JUN Día 05	ORLANDO CASTELLANOS POVEDA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.401.048

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39655979

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ARAUCA - R.S.V. DE ARAUCA - COLOMBIA - ARAUCA - ARAUC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FIGUERA	ZAPARDIEL

Nombre(s)

MARIA PAULA

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009	Mes SEP	Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ARAUCA ARAUCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	1737650-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
ZAPARDIEL ILLERA DAMARIS	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 60.294.536	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 17.585.740	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 17.585.740	

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 2009 Mes SEP Día 08	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.403.548

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51475436

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H

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

REGISTRADURIA DE ARAUCA-H.S V. DE ARAUCA - COLOMBIA - ARAUCA - ARAUC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FIGUERA	ZAPARDIEL

Nombre(s)

ANA ISABEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes NOV Día 05	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ARAUCA ARAUCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10815768-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ZAPARDIEL TILLERA DAMARIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 68.293.535	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nac. (país)
CC 17.585.740	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FIGUERA CISNEROS CARLOS ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 17.585.740	

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 2011 Mes NOV Día 08	AGUSTIN DAVILA SEPULVEDA - PECUSTN
	Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.000-2 TEL. 381 6040

- SEGUI - JOPA HAHA EL