SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD-BTA D C - SERVICI

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**78142-637324**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS
Correo electrónico contratista: lcastellanosa@sena.edu.co
C.C. 52.008.884 **IP/Nº de contacto** 15955

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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: SCOTIABANK COLPATRIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 1008643209

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: 2013145/2020 **Nº Compromiso SIIF** 44220

Valor Total del Contrato	$ 1.564.512	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.173.384	**2**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**12/12/2020**	**$ 1.173.384,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.173.384	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	$ 2.933.460			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.106.844**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.327.895**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**46679956**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 21.400	$ 21.400
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	$ 192.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 150.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 29.300	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 410.684	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 775.965	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.327.895,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	923.084,00	
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	8.917,00	0,966%
-	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	**$ 1.164.467,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizacion de actividades de manera presencial con la ficha 202584 en la formacion integral de IV trimestre
en el ambiente de practica de pediatria en el hospital San José Infantil con la ficha 2025284
en las competencias a desarrollar en el programa de formacion de enfermeria en IV trimestre practica hospitalaria de pediatria.
segun los resultados de aprendizaje para alcanzar las competencias : 1.Asistir integralmente a persona y familia
con relación a etapa del proceso vital y contexto social, político, cultural y ético
2. Promover la interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza en los contextos laboral y social.

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.

LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
INSTRUCTOR

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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52008884	LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS	Cl 65 N 120 41	4721114	maritxadafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	18/11/2020	46679956	$371.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.000	0		0		0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.300				29.300	0	0	29.300			293	29.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.300	371.300

PAGADA 46679956

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52008884	LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS	Cl 65 N 120 41	4721114	maritxadafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	18/11/2020	46679956	$371.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52008884	CASTELLANOS ARIAS LUZ MARITZA	59	0			N																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) CASTELLANOS ARIAS LUZ MARITZA identificado(a) con CC. 52008884 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 4 de diciembre de 2020 a las 10:45:34

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: **Bogotá D.C**
FECHA: **12/12/20**
REGIONAL: **Distrito Capital**

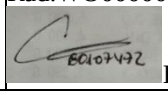
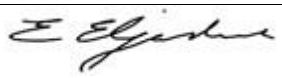
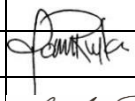
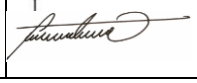
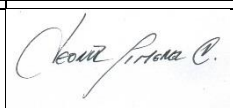
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS	**52008884**

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: **Carrera 6 # 45 52, Centro De Formación De Talento Humano En Salud**

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: **CO1.PCCNTR. 2013145 DE NOV. 2020**

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN UNILATERAL		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	**Carlos Andres Valencia Blanco**	Rad.WO0000000075517  Imagen de firma escaneada el 4 de dic. 2020
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**Claudia Lopez Garzon** (Solo para administrativos)	NO APLICA
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**EDINSON ELJADUE CASTILLA**	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Maria Isabel Rocha Bobadilla**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**Aldemar Montaño Ochoa**	
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**EDINSON ELJADUE CASTILLA**	
BIBLIOTECA	X	**Rosa Tulia Molano Delgado o Leonor Jimenez Cuellar**	
AULA DE SIMULACION	X	**Edinson Eljaude Castilla o Catherine Bejarano Sanabria**	
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**EDINSON ELJADUE CASTILLA**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor) OTROS



CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 12 de Diciembre 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:

CC	**1014288405**	**OMAR FELIPE MOLANO CASTELLANOS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

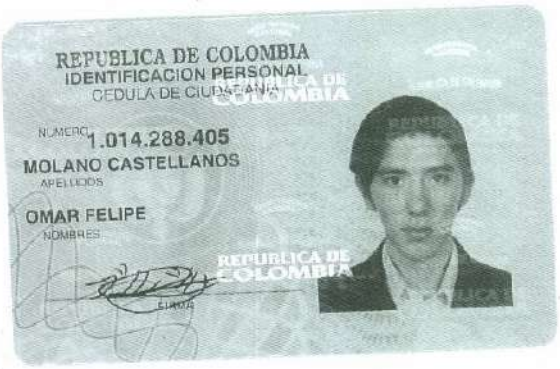
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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: LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS
C.C. 52008884 de Bogotá D.C.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.014.288.405
MOLANO CASTELLANOS
APELLIDOS
OMAR FELIPE
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-MAY-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1500150-00716981-M-1014288405-20150525 0044560020A 1 40500524

LOS MESES	SEPT. 09	OCTUBRE. 10	NOV 11	DIC. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

21185817

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
9 7 0 5 0 8	

OFICINA REGISTRO NOTARIA	(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	(4) Municipio y Departamento	(5) Código
	NOTARIA TREINTA Y SIETE (37)	SANTAFE DE BOGOTA	9864

SECCION GENERICA

	(6) Primer apellido	(7) Segundo apellido	(8) Nombres
CRITO	MOLANO	CASTELLANOS	OMAR FELIPE

	(9) Masculino o Femenino	(10)		(11) Día	(12) Mes	(13) Año
EXO	MASCULINO	Masculino [X]	Femenino [ ]	08	MAYO	1.997

	(14) País		(15) Departamento, Int., o Com.		(16) Municipio	
UGAR NACI- ENTO	COLOMBIA		CUNDINAMARCA		SANTAFE DE BOGOTA	

SECCION ESPECIFICA

ATOS DEL ACI- ENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento			(18) Hora
	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS			7:10 P.M
	(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento		(21) No. licenc
	CERTIFICADO MEDICO	JUAN DIEGO VILLEGS		7890
ADRE	(22) Apellidos (de soltera)	(23) Nombres		(24) Edad al momento del parto
	CASTELLANOS ARIAS	LUZ MARITZA		25
	(25) Identificación (clase y número)	(26) Nacionalidad	(27) Profesión u oficio	
	C.C No 52.008.884 de BOGOTA	COLOMBIANA	ENFERMERA	
ADRE	(28) Apellidos	(29) Nombres		(30) Edad al momento del nacimiento
	MOLANO MORA	OMAR LEONARDO		30
	(31) Identificación (clase y número)	(32) Nacionalidad	(33) Profesión u oficio	
	C.C No 79.412.782 de BOGOTA	COLOMBIANO	SOLDADOR	

NUN- ANTE	(34) Identificación (clase y número) C.C No 79.412.782 de BOGOTA	(35) Firma (autógrafa)
	(36) Dirección postal CALLE 64B No 120-41	(37) Nombre: OMAR LEONARDO MOLANO
STIGO	(38) Identificación (clase y número)	(39) Firma (autógrafa)
	(40) Domicilio (Municipio)	(41) Nombre:
STIGO	(42) Identificación (clase y número)	(43) Firma (autógrafa)
	(44) Domicilio (Municipio)	(45) Nombre:

ECHA DE SCRIP- CION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)		
	(46) Día	(47) Mes	(48) Año
	31	MAYO	1997

(45) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro
ALVARO ROJAS
(46) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro
Notario

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE TP10 — 0 VI/77

NOTARIA 37 DE BOGOTÁ D.C.

Calle 67 No. 7-90 teléfono 3763737 fax 3767676 www.notaria37bogota.com

LA NOTARÍA TREINTA Y SIETE ENCARGADA DE BOGOTÁ D.C.

H A C E C O N S T A R:

QUE LA PRESENTE COPIA ES AUTENTICA, FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTOS. SE EXPIDE CONFORME AL ARTICULO 114 DEL DECRETO-LEY 1.260 DE 1.970, Y DECRETO 1.534 DE JULIO 13 DE 1.989, A SOLICITUD DEL INTERESADO. BOGOTÁ, D.C., PARA ACREDITAR PARENTESCO. 18 ENE 2013

FLOR MARÍA URREGO MOLINA
NOTARÍA 37 DE BOGOTA D.C - ENCARGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
FLOR MARIA URREGO M.
Notaria Encargada
Notaría 37 de Bogotá D.C.

fna AHORRO

División de Tesorería
Documento de Pago

N° Orden de Pago	7112688	Fecha de Registro	14-jul-20
N° Documento de Pago	5300351681	Fecha de Giro	14-jul-20

RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre Completo	LUZ MARITZA CASTELLANOS ARIAS		
Nª Identificación	52008884	Tipo de Identificación	Cédula Ciudadanía
Concepto	GIRO DE CESANTIAS PARCIALES SECTOR PRIVADO		
Observaciones			

BENEFICIARIO DEL PAGO

Nombre Completo	UNIAGUSTINIANA		
Nª Identificación	8300274936	Tipo de Identificación	NIT
Forma de Entrega	Pago Electrónico		
Ciudad de Entrega	BOGOTÁ		
Numero de Cuenta	013157565	Tipo de Cuenta	Cuenta de Ahorros
Banco	BANCO AV VILLAS		
Valor Bruto	$ 2.793.950		
Menos GMF	$ 0		
Vlr Neto a Cancelar	$ 2.793.950		

Uso interno de Tesoreria			
Orden	15569	Fecha de la Propuesta	14-jul-20

Scanned by TapScanner