SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **30336-275773** |
| **No. de documento** | **171794** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LEONIDAS ZEA CHICA | **C.C.** | 12.114.570 | **IP/Nº de contacto** | 16095 |
| **Correo electrónico contratista:** | lzeac@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 13326189019 | |
| **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 2021 supera los $ 119´806.000** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2224357/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **27421** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.820.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 17.810.000 | **7** | **Del** | **01/08/2021** | **Al** | **31/08/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.910.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | | **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** | ---------- | **1038712652** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.200 | $ 8.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| 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 $ 1.161.856 | $ 390.000 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| 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 | 33.379,00 | 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** | **$ 3.866.621,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

**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.

**LEONIDAS ZEA CHICA**
**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,

**ROBERTO MARTINEZ CASTRO**
**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**

**WAINE ANTONY TRIANA ALBIS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-08-04, 11:48:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1038712652

**Periodo Cotización:** julio de 2021 **Periodo Servicio:** julio de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8841564040

## PAGADO 04/08/2021

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEONIDAS ZEA CHICA | | |
| **Documento** | CC12114570 | **Dirección** | CL 79 #10 - 81 SUR MANZANA 3 CASA 29 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3125750033 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 12114570 | LEONIDAS ZEA CHICA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.800.000 | $ 288.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.800.000 | $ 225.000 | 0,522 | $ 1.800.000 | $ 9.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 522.400 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.800.000 | $ 1.800.000 | $ 1.800.000 | $ 0 | $ 288.000 | $ 225.000 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 522.400 | $ 0 | $ 522.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, D.C.

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 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.** | **1010216241** | **ANDRES FELIPE ZEA NITOLA** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: LEONIDAS ZEA CHICA

C.C. 12.114.57

777- 152885

-- ESTUDIANTE --

**CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR**

**ORDEN DE MATRICULA**
**Nit: 860401734-9**
**PBX: 3813222 Fax: 3347101**

| | |
|---|---|
| REF. | **6616274** |
| RECIBO No. **FAMA 1454209** | PERIODO **2021B** |
| FECHA IMPRESION. | **16/07/2021** |

IDENTIFICACIÓN : **CC - 1010216241**
APELLIDOS : **ZEA NITOLA**
NOMBRES : **ANDRES FELIPE**
PROGRAMA : **52606 / TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

CÓDIGO : **1010216241**
DIRECCIÓN **KR 10 91 A 16**
CIUDAD : **BOGOTA D.C.**
TELEFONO **4966113**

| CONCEPTO | VALOR | DESCUENTOS | VALOR |
|---|---|---|---|
| FACTURACIÓN MATRICULA POR CREDITOS | 344.000 | | |
| SOLICITUDES DE NOTA.ND SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL | 21.000 | | |
| VALOR :ORDINARIA | | 21/07/2021 | 365.000 |

## OPCIONES DE PAGO

**ENTIDADES FINANCIERAS**

**PAGO EN LÍNEA**
Con tarjeta debito, credito o efectivo
Ingresando a www.cun.edu.co - botón pse

**CORRESPONSAL BANCARIO**
Para más información ingresar a
www.grupobancolombia.com

Llame gratis desde tu celular 01 8000 11 84 11 - Bogotá 307 81 80 / cun.edu.co

Escaneado con CamScanner

-- ESTUDIANTE --

**CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR**

**ORDEN DE MATRICULA**
**Nit: 860401734-9**
**PBX: 3813222 Fax: 3347101**

| REF. | 5243979 | |
|---|---|---|
| RECIBO No. | **FAMA 1319435** | PERIODO **2021A** |
| FECHA IMPRESION. | | **12/01/2021** |

IDENTIFICACIÓN : **CC - 1010216241**
CÓDIGO : **1010216241**
APELLIDOS : **ZEA NITOLA**
DIRECCIÓN **KR 10 91 A 16**
NOMBRES : **ANDRES FELIPE**
CIUDAD : **BOGOTA D.C.**
PROGRAMA : **52606 / TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS**
TELEFONO **4966113**

| CONCEPTO | VALOR | DESCUENTOS | VALOR |
|---|---|---|---|
| FACTURACIÓN MATRICULA POR CREDITOS | 1.032.000 | | |
| SOLICITUDES DE NOTA.ND SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL | 21.000 | | |
| VALOR :Estudiantes Antiguos | | **12/01/2021** | **1.001.400** |

## OPCIONES DE PAGO

**ENTIDADES FINANCIERAS**

**PAGO EN LÍNEA**
Con tarjeta debito, credito o efectivo
Ingresando a www.cun.edu.co - botón

**CORRESPONSAL BANCARIO**
Para más información ingresar a
www.grupobancolombia.com

Llame gratis desde su celular 01 8000 11 34 11 - Bogotá 307 81 80 / cun.edu.co

-- BANCO --

**CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR**

**ORDEN DE MATRICULA**
**Nit: 860401734-9**
**PBX: 3813222 Fax: 3347101**

| REF. | 5243979 | |
|---|---|---|
| RECIBO No. | **FAMA 1319435** | PERIODO **2021A** |
| FECHA IMPRESION | | **12/01/2021** |

(415)7709998019652(8020)007545(8020)000010102162410524397 9(3900)0001001400(96)20210112

| IDENTIFICACION |
|---|
| CC - 1010216241 |
| **NOMBRES** |
| ZEA NITOLA ANDRES FELIPE |
| **PROGRAMA** |
| 52606 / TECNICA PROFESIONAL EN PROCESOS |

| HASTA EL | **12/01/2021** | PAGUE | **1.001.400** |
|---|---|---|---|

NO SE ACEPTAN PAGOS POR UN VALOR DIFERENTE AL FACTURADO PARA CADA FECHA DE VENCIMIENTO.

**INFORMACIÓN BANCARIA**

****ATENCION** Pague sólo en BANCOLOMBIA, DAVIVIENDA,COLPATRIA, BBVA, BCSC E ITAU**

| BANCO O CORPORACION | CUENTA No. | CHEQUE No. | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | EFECTIVO | |
| | | TOTAL | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.216.241**

**ZEA NITOLA**
APELLIDOS

**ANDRES FELIPE**
NOMBRES



Andres Zea N.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1994**

**NEIVA**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.77** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**31-JUL-2012 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

P-1500150-00402878-M-1010216241-20120930 **0031**80912A 1 38513768