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 ARAUCA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVICIOS PRESTADOS A LA
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	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha Elaboración	**5 Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**07758-208397**
No. de documento	**261954**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA	**C.C.**	88.220.537	**IP/Nº de contacto**	74216
Correo electrónico contratista:	corzol@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		614158525	
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:	2225456/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5021**	
Valor Total del Contrato	$ 45.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.900.000	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 4.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.400.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

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, BAJO LA MODALIDAD TIEMPO COMPLETO, EN FORMACION PRESEN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.500.000		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	**$ 4.500.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.652.750**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Setiembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9424985872**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.800.000	$ 1.800.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 225.000	$ 225.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 288.000	$ 288.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 9.400
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	$ 450.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 884.250	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.652.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.987.000,00	
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	39.870,00	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	**$ 4.460.130,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTÍ FORMACIÓN BILINGÜISMO EN LAS SIGUIENTES FICHAS Y HORARIOS:
1. 06 am - 2232234 - COCINA INGLES 2
- Se Narró rutina diaria en inglés usando la herramienta digital de animación powtown.com.
2. 08 am - 2425786 - COMPLEMENTARIO INGLES 3
- Los aprendices escribieron un guion y luego grabaron un audio contando lo que recuerdan de cuando tenían 5 años.
3. 10 am - 2141338 - HSEQ INGLES 7
-Cada aprendiz realizó Presentación ESCRITORES FAMOSOS DE LA LENGUA INGLESA VI SEMANA idiomas SENA.
4. 12 pm - 2141655 - ELECTRICIDAD IND. INGLES 4
-Cada aprendiz realizó un video FAUNA ASOMBROSA DE ARAUCA VI SEMANA idiomas SENA.

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.

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA
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,

LIBARDO EUGENIO SARMIENTO GARCIA
PROFESIONAL G02

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

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 88220537		CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 N 22-20	ARAUCA-ARAUCA	8859248	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	27083064	9424985872	I	2021/10/11	2021/11/05	BANCO DE OCCIDENTE		$522,400

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
1	CC	88220537	CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS037	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$225,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$225,000	$0	$225,000
TOTAL				1	$522,400	$0	$522,400

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Arauca, 05 de noviembre de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario 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:

NUIP - NIP	**1029409168**	**MIA VALENTINA CORZO ZAMBRANO**	**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,



_____
FIRMA

Nombre: HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

C.C. 88.220.537 de Cúcuta.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1029409168

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59584139**

59584139

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Numero	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A	E	H
X									

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

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CORZO	ZAMBRANO

Nombre(s)

MIA VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - ARAUCA - ARAUCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15473323-1

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ZAMBRANO RODRIGUEZ YESSYKA YULIZZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1116774203	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 88220537	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No 88220537	

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 2019 Mes OCT Día 25	CLAUDIA ELPIDIA PIEDRAHITA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	CLAUDIA ELPIDIA PIEDRAHITA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 613;25/10/2019

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
26216185-1

NUMERO DE PREPARACION 11664312