

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ARAUCA		Código Regional	81
			Código Centro	953010
			Fecha Elaboración	9 diciembre de 2020
	CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA -SERVIC		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	49580-708800
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA	C.C.	88.220.537
Correo electrónico contratista:		corzol@sena.edu.co	IP/N° de contacto	
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 DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
			N° 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 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				
N° del contrato:	1350233/2020	N° Compromiso SIIF	11620	
Valor Total del Contrato	\$ 43.648.500	N° Pago	11	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.018.465	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2020 Al 07/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.018.465	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.364.850	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.383.315	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.072.737			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	3.072.737,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.745.940	Valor Base retención en la fuente ICA	768.165,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 218.300	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 279.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	7.682,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 279.400	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 218.300	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 9.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 538.332	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 1.024.246	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 1.010.783,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: UN MILLÓN DIEZ MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
IMPARTÍ FORMACIÓN PRESENCIAL (VIRTUAL DEBIDO A COVID-19) BILINGÜISMO EN LAS SIGUIENTES FICHAS Y HORARIOS:				
1. 06 am - 2069093 TN. PROD. AGROPECUARIA INGLES 2 (TRANSVERSAL).				
ACTIVIDADES SOFT SKILLS, CONTESTAR OCHO (8) PREGUNTAS SOBRE HABILIDADES BLANDAS EN INGLES.				
2. 08 am - 2023487 TN. SISTEMAS INGLES 3 (TRANSVERSAL).				
ACTIVIDADES SOFT SKILLS, CONTESTAR OCHO (8) PREGUNTAS SOBRE HABILIDADES BLANDAS EN INGLES.				
3. 12 pm - 2141318 TN. ELECTRONICOS INDS. INGLES 2 (TRANSVERSAL).				
CLASE VIRTUAL CON EL OBJETIVO SOBRE LA GUIA "SUPERHEROE VIDEO DIALOGUE"				
4. 04 pm - 2024110 TN. PATRONAJE INGLES 1 (COMPLEMENTARIO).				
CLASE VIRTUAL CON EL OBJETIVO SOBRE LA GUIA "SUPERHEROE VIDEO DIALOGUE"				
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:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			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				

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
2020-11	2020-11	883524541	9413171295	I	2020/12/11	2020/12/11	BANCO DE BOGOTA		\$506,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 88220537	CORZO HUGO	230301	30	\$1,745,940	\$279,400	EPS037	30	\$1,745,940	\$218,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,745,940	\$9,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,745,940	\$279,400			\$1,745,940	\$218,300			\$0	\$0			\$1,745,940	\$9,200		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$279,400	\$0	\$279,400		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$279,400	\$0	\$279,400		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$9,200		
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$9,200		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,300	\$0	\$218,300		
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,300	\$0	\$218,300		
TOTAL				1	\$506,900	\$0	\$506,900		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2020-12	2020-12	623447524	9414151234	I	2021/01/08	2020/12/61	BANCO DE BOGOTA	\$254,900

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	Aporte
1	CC 88220537	CORZO LEYVA HUGO JOSE GREGORIO	230301	30	\$877,803	\$140,500	EPS037	30	\$877,803	\$109,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$877,803	\$4,600	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600		\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Arauca, 09 de diciembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

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.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaria ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	E	H
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

Pais - 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	2	0	1	9	Mes	O	C	T	Día	2	1	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - 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 2 0 1 9 Mes O C T Día 2 5	 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

