SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD- BIENESTAR APRENDICES

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**80615-221983**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	IRVING LEUDO MARTINEZ	**C.C.**	11.803.434	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	ileudo@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 578463648

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4506968/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2423**

Valor Total del Contrato	$ 29.945.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.945.000	**1**	**Del**	**01/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 2.825.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.120.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PROMOVER EL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.825.000		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	**$ 2.825.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.654.350**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9445895952**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 706.250	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 282.500	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 551.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.654.350,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.494.400,00	
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 - 8551	4.989,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	28.250,00	1,000%
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	**$2.791.761,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se presenta cronograma de actividades correspondientes al mes de febrero.
Se desarrolla visitas de promoción en campo (Ambiente de formación), con el fin de socilizar los servicios del área del gym (días y ho
Se gestiona la habilitación del gym para los aprendices, con el fin de ejecutar las actividades fisicias y de acompañamiento en el ter
Se implementa como estrategia de divulgación la socialización directa en los ambientes de formación para dar a conocer las actividades
Se realiza y se apoya las actividades de indusccion para los nuevos aprendices, socializando los benefision de las actividades deporti
Se usa las instalaciones del GYM com uno de los principales recursos para las actividades de acondicionamiento físico de los aprendice
Se participa en formulación del plan de bienestar al aprendiz para el Centro de formación al inicio de la vigencia, se ajustan las ac
Se presenta informe de las actividades realizadas en el periodo , se envia por correo para revisión y visto bueno a correo del líder.
Se presenta informe de las actividades realizadas en el periodo , se envia por correo para revisión y visto bueno a correo del líder.

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.

IRVING LEUDO MARTINEZ
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,

BLYDERSON ARBOLEDA MONTA?EZ
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

LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11803434
NOMBRES Y APELLIDOS	Leudo Martinez,Irving
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Leudo Martinez,Irving , a los 26 días del mes de enero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEUDO MARTINEZ IRVING** identificado(a) con **CC** número **11.803.434** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de enero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023012617572

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14560917041

(415)7707212489984(8020) 000001456091704 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 8 0 3 4 3 4	1	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 8 0 3 4 3 4	1 9 9 4 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEUDO	MARTINEZ	IRVING	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CR 4 30 36

42. Correo electrónico: ileudomartinez@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 1 3 9 6 8	3 1 4 6 9 5 9 2 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 2	2 0 1 7 0 5 0 2	4 9 2 1	2 0 1 2 1 2 0 5				8 3 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	FORMATO CONCEPTO
	Regional Chocó
	Centro Despacho Regional Choco

Nombre	IRVING LEUDO MARTINEZ
Tipo Examen	Examen Medico de Ingreso
Fecha Creación	2023-02-13 00:00:00

CONCEPTO

02. Apto para el cargo con patologia aparente que no limita las funciones asignadas

RECOMENDACIONES CONCEPTO

Actividad física regular, dieta baja en grasas, continuar medicación y controles con medicina interna y cardiologia, cita seguimiento en 3 meses por medica sst del sena regional choco, control optometría anual, utilizar buena iluminación para trabajar en el computador, uso de dispositivos electrónicos, realizar pausas activas osteomusculares y visuales cada 2 horas.

RESTRICCIONES CONCEPTO

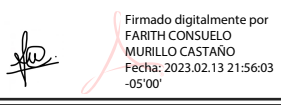
sin restricciones

REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES

PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	Si	ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		Medico o Psicólogo	
Nombre	IRVING LEUDO MARTINEZ	Nombre	Farith Consuelo Murillo Castaño
			
Firma		Firma	
No. Indentificación	11803434	Sello	RM 27-0264 LIC SO 27-211

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, febrero del 2023

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:

T.I.	**1078002141**	**JUAN DAVID LEUDO HINESTROZA**	**HIJO**
T.I.	**1078463393**	**SALOME LEUDO HINESTROZA**	**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.

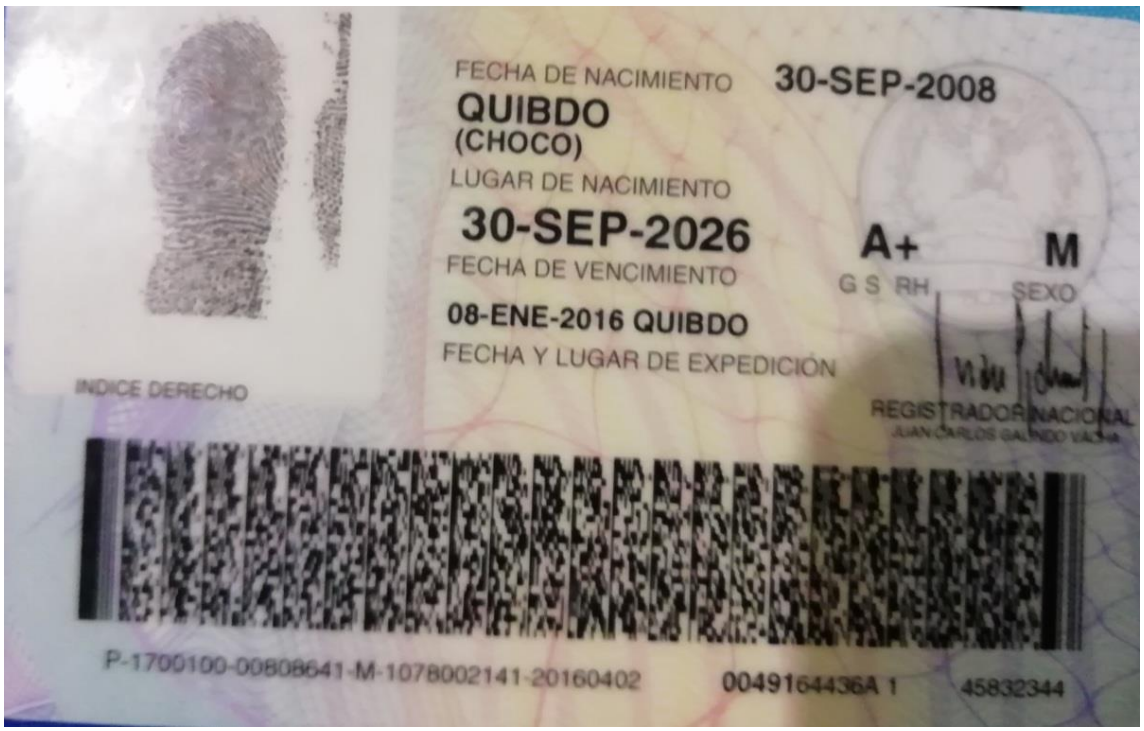
Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA
Nombre: IRVING LEUDO MARTINEZ
C.C. 11803434


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO
1.078.002.141
LEUDO HINESTROZA
APELLIDOS
JUAN DAVID
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
30-SEP-2008
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-SEP-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
M
SEXO
08-ENE-2016 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1700100-00808641-M-1078002141-20160402
0049164436A 1
45832344


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.078.463.393
LEUDO HINESTROZA
APELLIDOS
SALOME
NOMBRES
Salome Leudo
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
26-DIC-2011
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-DIC-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
24-JUL-2019 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1700100-01102334-F-1078463393-20191015
0068186005A 2
52999335

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51136759

27 JUN

NUIP	1078463393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K9H

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LEUDO	HINESTROZA

Nombre(s): SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes DIC Día 26	Femenino		

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11142046-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HINESTROZA SERNA NEYSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 29110918 De CALI	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LEUDO MARTINEZ IRVING

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11803434 De QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LEUDO MARTINEZ IRVING

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# 11803434 DE QUIBDO	IRVING LEUDO MARTINEZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes DIC Día 28	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
IRVING LEUDO MARTINEZ Firma	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE AUTORIZA LA SUSCRIBCION MEDIANTE RESOLUCION 4476 DEL 13 DE MAYO DE 2019 DE LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL.

ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE QUIBDO.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860 005 080 2 TEL 381 0240

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078002141

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41699965

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	0 1				33 0 1

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

X X X X X X X X X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO X X X X X X X X X X X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
X X X X X XX LEUDO X X X X X	X X X X X XX HINESTROZA X X X X

Nombre(s)

X X X X X X X X X X X X X X JUAN DAVID X X X X X X X X X X X X

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008	Mes 09	Día 30	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO CLINICA VIDA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51056878-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
HINESTROZA SERNA NEYSA	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
C.C. 29.110.918 DE CALI	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
LEUDO MARTINEZ IRVING	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
C.C. 11.803.434 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
LEUDO MARTINEZ IRVING	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 11.803.434 DE QUIBDO	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Firma

Documento de identificación (Clase y número)

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Firma

Documento de identificación (Clase y número)

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008	Mes 10	Día 01	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO
			Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

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 11803434		LEUDO MARTINEZ IRVING	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 4 n 30 36	QUIBDO-CHOCO	6713968	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1914608303	9445895952	I	2023/02/08	2023/02/13	BANCOLOMBIA	5	$338,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	11803434	LEUDO IRVING	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

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 11803434		LEUDO MARTINEZ IRVING	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 4 n 30 36	QUIBDO-CHOCO	6713968	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1914608303	9445895952	I	2023/02/08	2023/02/13	BANCOLOMBIA	5	$338,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$900	$0	$145,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$900	$0	$145,900
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$2,100**	**$0**	**$338,800**