

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO		Código Regional	27
			Código Centro	101027
			Fecha Elaboración	Marzo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	30487-864963
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MANUEL ANTONIO QUEJADA CORDOBA Correo electrónico contratista: mquejada@sena.edu.co		C.C. 11.793.520	IP/N° de contacto 44517	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☒ Es declarante de renta? ☐ SI ☒ Es Pensionado? ☐ NO				
Banco al cual consignar: <input type="text" value="BANCOLOMBIA"/>		Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO ☒		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: <input type="text" value="NO"/>		Tipo de cta <input type="text" value="AHORROS"/> N° Cuenta 53653883699		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)			<input type="text" value="NO"/>	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 4634085/2023		N° Compromiso SIIF 2123		
Valor Total del Contrato \$ 47.498.619 Saldo Anterior del Contrato \$ 46.443.094 Nuevo Saldo del Contrato \$ 41.919.416	N° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/03/2023 Al 31/03/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.523.678,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA, CON ÉNFASIS AL DESARROLLO DE INICIATIVAS PRODUCTIVAS DE LA		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.523.678		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 1.055.525		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.579.203		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.985.137		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.985.137,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4489707943	Base retención en la fuente a título de ICA 4.007.878,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.809.471		\$ 1.160.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 226.200		\$ 145.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 289.600		\$ 185.600	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%	
ARL \$ 9.500		\$ 6.100	Reteica - 8551 8.016,00 0,200%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	- 0,00	
\$ 1.394.800		\$ -	- 0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	- 0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	Pro Utc 45.237,00 1,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 289.600		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 226.200		\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 9.500		\$ -		
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 557.920	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 678.592		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 995.046		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -	VALOR A PAGAR \$4.470.425,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Asistí y participe de las siguientes actividades: Reunión de Entrenamiento Equipo de Emprendimiento Regional Chocó, Seguimiento en la Puesta en Marcha de las Empresas Fondo emprender, Primera visita de interventoría virtual 81054 - PISCÍCOLA ENGADI, Videoconferenci Actualización SIGE, Reunión de Revisión Inventario Planes de Negocios por orientador, Foro Virtual: El SENA y la Economía Popular, Capacitación plataforma fondo emprender - Registro único Regional Chocó - Magdalena, Reunión con emprendedores fondo emprender que - en el proceso, Reunión virtual de seguimiento Empresas en Puesta en marcha Fondo Emprender diciembre 2022 y enero 2023. Realice Orientación sobre el Portafolio de Servicios de Emprendimiento SBDC SENA, a 17 aprendices del curso Basico en sistema del SENA Me encuentro brindando orientación y acompañamiento en la reformulación de los planes de negocio Granja Porcicola la Montaña, Refriair de Vida y y Granja Agrícola El Gran Azai, para su presentación a las convocatorias del fondo emprender Acompañamiento en la puesta en marcha de las Empresas Alevinos del Choco S.A.S, y Granja Piscicola Acuarela S.A.S y Piscicola Engadi				
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.				
MANUEL ANTONIO QUEJADA CORDOBA 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,				
CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ 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 C G04				

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 31 de marzo de 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.	1.029.780.133	CAROLINA LISETH QUEJADA BLANDON	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: **MANUEL ANTONIO QUEJADA CORDOBA**
C.C. 11.793.520 de Quibdó

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.780.133

QUEJADA BLANDON

APELLIDOS

CAROLINA LISETH

NOMBRES

Carolina Liseth Quejada Blandon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
QUIBDO
(CHOCO)

06-DIC-2005

LUGAR DE NACIMIENTO
06-DIC-2023

FECHA DE VENCIMIENTO
25-JUN-2016 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

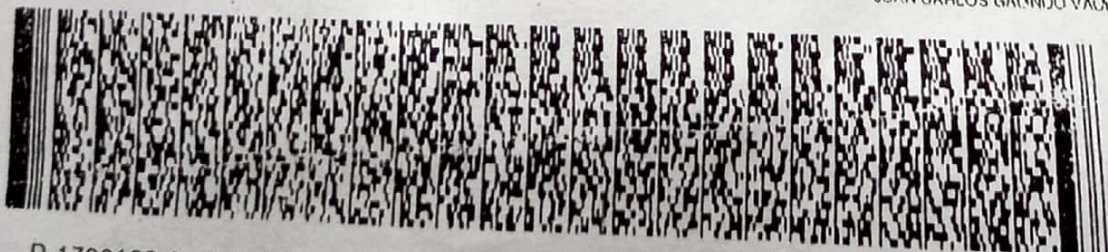
A+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUIA



P-1700100-00839417-F-1029780133-20160707

0050383727A 1

1833984302



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

NUIP

102978013

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

37931935

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐ A

Datos del inscrito

REGISTRADURIA DE QUIBDO-CL VIDA COLOMBIA CHOCO QUIBDO*****

Primer Apellido **QUEJADA** Segundo Apellido **BLANDON**

Nombre(s) **CAROLINA LISETH**

Fecha de nacimiento **20/05/06** Sexo (en letras) **F** Grupo sanguíneo **A**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía) **COLOMBIA CHOCO QUIBDO**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **BLANDON VALENCIA GLORIA**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA 0035601086** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA 0011793520** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO**

Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANIA 0011793520** Firma **[Firma]**

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos **[Firma]** Firma **[Firma]**

Documento de identificación (Clase y número) **[Firma]**

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos **[Firma]** Firma **[Firma]**

Documento de identificación (Clase y número) **[Firma]**

Fecha de inscripción **20/05/06** Día **0** Mes **5** Año **2006**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **[Firma]**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento **[Firma]**

Reconocimiento paterno **[Firma]** Nombre y firma **[Firma]**

Firma **[Firma]** Nombre y firma **[Firma]**

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 289.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 289.600	\$ 1.100	\$ 290.700
SUBTOTALES:										\$ 289.600	\$ 1.100	\$ 290.700

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 226.200		\$ 0	\$ 900		\$ 0	\$ 226.200	\$ 900	\$ 0	\$ 227.100
SUBTOTALES:									\$ 226.200			\$ 900			\$ 226.200	\$ 900	\$ 0	\$ 227.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.500	\$ 9.500	\$ 100	\$ 0	\$ 9.600
SUBTOTALES:									\$ 9.500	\$ 100	\$ 0	\$ 9.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT
1	CC 11793520	QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.809.471				NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.809.471	\$ 289.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 289.600	EPS005- SANITAS S.A.	30	\$ 1.809.471	\$ 226.200	\$ 0	\$ 226.200	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.809.471	\$ 11793520	\$ 9.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 527.400
--------------	-------------------