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	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**47933-581447**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MANUEL ANTONIO QUEJADA CORDOBA	**C.C.**	11.793.520	**IP/Nº de contacto**	44517
Correo electrónico contratista:	mquejada@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 53653883699

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:	4634085/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**2123**
Valor Total del Contrato	$ 47.498.619	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.618.390	**7**	**Del** 01/08/2023	**Al** 31/08/2023	**$ 4.523.678,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.094.712		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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 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	**$ 4.523.678**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.659.508**		**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	----------	**4505047439**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.809.471	$ 1.809.471
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 226.200	$ 226.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 289.600	$ 289.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.130.919	$ -	
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	$ 452.368	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 886.503	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.659.508,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.007.878,00	
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	8.016,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	67.855,00	1,500%
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	**$4.447.807,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistí y participe activamente en las siguientes actividades: Reunión de Evaluación de alternativa proyectos productivos – Solicitud Campo de Practica, Reunión de evaluación planes de Negocio de la Convocatoria para Jóvenes del Fondo Emprender,Reunión mensual de - Seguimiento CDE, Video Conferencia Fortaleciendo mi Resiliencia.
Me encuentro brindando orientacion y acompañamiento en formulación de los planes de negocio Granja Porcicola la Montaña, Refriaires - de Vida, Granja Agrícola El Gran Azai, Granja Porcicola La Nobleza, Piscicola San Marco y Restaurante Fogon del Pacifico para F.E
Realice Entrenamiento Análisis de Datos para la Toma de Decisiones, a 10 emprendedores CDE; Evento de orientación para 13 jóvenes Apr- jóvenes Aprendices y Emprendedores CDE, Orientación sobre el portafolio de servicios del CDE a 11 aprendices y emprendedores SENA, - Orientación jueves de Emprendimiento a 10 aprendices y emprendedores CDE Sena
Me encuentro brindando acompañamiento en la puesta en marcha de las Empresas Piscicola Engadi S.A.S, Hospedaje Doña NEL S.A.S y Granja

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL C G04

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de agosto 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 Córdoba
C.C. 11.793.520

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 **06-DIC-2005**

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

06-DIC-2023

FECHA DE VENCIMIENTO

25-JUN-2016 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ G.S. RH

F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1700100-00839417-F-1029780133-20160707 0050383727A 1 1833984302

Escaneado con CamScanner

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

NUIP 1029780136

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37931935

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE QUIBDO-CL VIDA COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido: QUEJADA

Segundo Apellido: BLANDON

Nombre(s): CAROLINA LISETH

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes DIC Día 06

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA CHOCO QUIBDO

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

Número certificado de nacido vivo: [illegible]

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BLANDON VALENCIA GLORIA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1035801086

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1011793520

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1011793520

Firma: x

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: Año 2005 Mes DIC Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza: [illegible]

Nombre y firma:

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma: x

Nombre y firma:

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11793520
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANUEL ANTONIO QUEJADA CORDOBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CARRERA 5 # 5-66	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4505047439**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995189602

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	$ 0	$ 0	$ 289.600	$ 0	$ 289.600
SUBTOTALES:										**$ 289.600**	**$ 0**	**$ 289.600**

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	$ 0	$ 0	$ 226.200	$ 0	$ 0	$ 226.200
SUBTOTALES:													**$ 226.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 226.200**

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	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 11793520	QUEJADA CORDOBA MANUEL ANTONIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.809.471				NO																	25-14 COLPENSIONES	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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.809.471	11793520	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 525.300**