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** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **22344-011371** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

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

**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** | $ 12.995.000 | **7** | **Del** | **01/08/2023** | **Al** | **31/08/2023** | **$ 2.825.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 10.170.000 | | 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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9453944173** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 145.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 185.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 6.100 |
| 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 envia correo con las actividades a desarrollar de el mes de agosto, para aprobación del lider
Se generan estrategias de visitas a los ambientes de formación,estas con el objetivo de realizar la celebración del día del aprendiz
Se desarrollan actividades de capacitación a la formación de servicio farmaceutico,construcción de edificaciones,cuidado estético de
Se realizan entrenamientos de futbol sala con aprendices para la participación en el torneo nacional de apredices sena 2023 en la ciud
Se continua con la atención en el gym con el objetivo de realizar hábitos saludables y acondiccionamiento físico con una participación
Se apoyan a los aprendices en el gimnasio y en la cancha poli fucional para realizar actividades recreativas
Se realiza charlas de hábitos saludables con el técnico de cocina y se atiende aprediz de la comunidad lgtbiq+
Se genera como estrategia principal las visita en los ambiemtes de formación para la socialización de actividades programadas desde bi
Se realiza taller de hábitos y estilos de vida saludable en la formación de servicios farmaceutico y se realiza talleres de coordinac

**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**

**CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ**

**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)**

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Quibdó, Agosto 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.

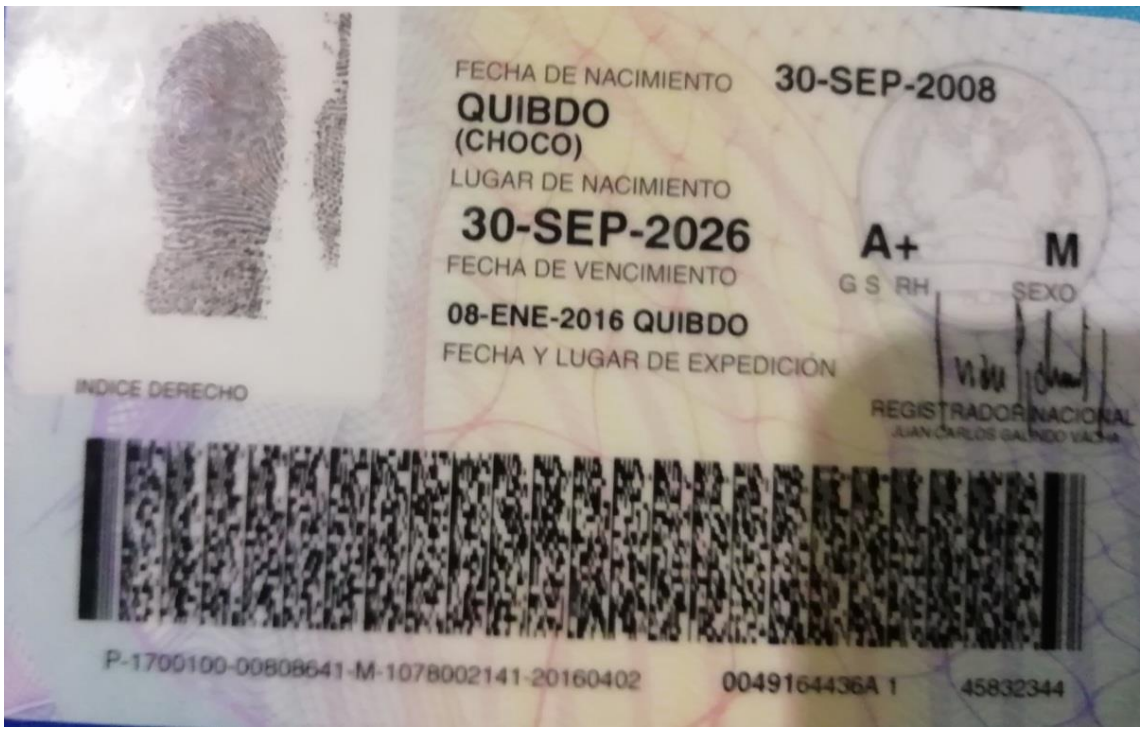
Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

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<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| IRVING LEUDO MARTINEZ<br>Firma | ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO<br>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 [X] Número 0 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 3 3 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 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 2 0 0 8 | Mes 0 9 | Día 3 0 | 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

LEUDO MARTINEZ IRVING

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 11.803.434 DE QUIBDO

Firma

**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

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

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

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

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 2 0 0 8 Mes 1 0 Día 0 1 | 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 |
| 2023-07 | 2023-07 | 1000000852 | 9453944173 | I | 2023/08/09 | 2023/07/31 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $336,700 |

**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 |
| 2023-07 | 2023-07 | 1000000852 | 9453944173 | I | 2023/08/09 | 2023/07/31 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $336,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

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