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	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**28782-681957**

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	$ 7.345.000	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 2.825.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.520.000		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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9456672873**
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		$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.654.350,00	
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	42.375,00	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	**$2.777.636,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se envía pantallazo del cronograma de las actividades del mes de octubre
Se continua con las visitas en los ambientes de formación donde se realizan charlas de hábitos saludables
Se cumple con las actividades del objeto contractual de manera presencial como son visitas a los ambientes de formación, participación
Se continua con la preparación de los aprendices para la representación en el torneo nacional Sena 2023 en la ciudad de catargena
Se continua con la atención de los aprendices en el gimnasio y se realizan charlas de hábitos y estilos de vida saludables
Se continua con el apoyo a los instructores con sus formaciones en el gimnasio, eventos deportivos, construcción de edificación
Se participa en la capacitación de lenguaje de señas para la atención a personas con discapacidad auditiva
Se genera como estrategia visitas semanales por los ambientes de formación con el fin de extender invitación para participar
Se realizan talleres de spinning en el gimnasio con el objetivo de potenciar el tren inferior

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)

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
2023-09	2023-09	1000000032	9456672873	I	2023/10/09	2023/09/28	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
2023-09	2023-09	1000000032	9456672873	I	2023/10/09	2023/09/28	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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, octubre 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Quibdó

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 HINESTOZA**	**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

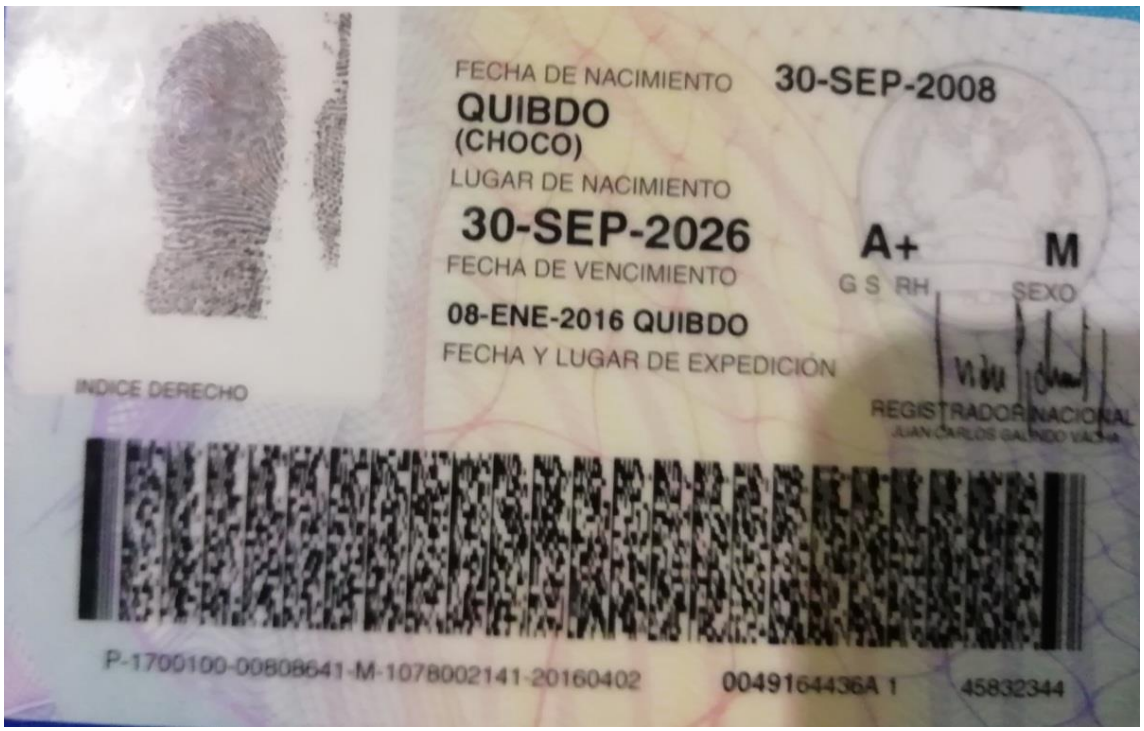
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1078002141

Indicativo Serial 41699965

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 33 0 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
XXXXXXXXXX COLOMBIA CHOCO QUIBDO XXXXXXXXXXX

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
XXXXXXX LEUDO XXXXXX	XXXXXXX HINESTROZA XXXX

Nombre(s): XXXXXXXXXXXXXX JUAN DAVID XXXXXXXXXXXX

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: LEUDO MARTINEZ IRVING

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 11.803.434 DE QUIBDO

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma

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