SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**91501-807790**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IRVING LEUDO MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	11.803.434	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ileudo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	578463648
IP/Nº de contacto:	0000	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5885192/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**13624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS-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 DE BIENESTAR AL APRENDIZ Y

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 29.391.300
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 30.510.000
Valor Bruto Pago:	**$ 3.051.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.340.300

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.051.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.118.700		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.169.700**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.248.130**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9463306299**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 416.970	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 750.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 157.383		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.248.130,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.680.500,00	
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 - QUIBDO	5.361,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	45.765,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.999.874,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se presenta cronograma de atención a los aprendices en el gimnasio

Se desarrollan actividades de acondicionamiento físico en el gimnasio.

Se desarrolla como estrategia un cronograma de ingreso en el gimnasio para que permita la realización de actividad física y hábitos de

Se apoya en el proceso de inducción en la primera oferta 2024 y se utiliza la cancha multifuncional de la sede industrial.

Se genera como estrategia la visita por los ambientes de formación para la socialización de la participación de los aprendices en el g

Se reporta informe del mes correspondiente a las actividades realizadas del mismo periodo

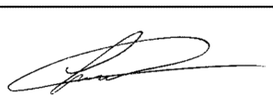
Se participa en la capacitación de seguridad y salud en el trabajo

Se participa en la reunión del equipo de bienestar al aprendiz y Se apoya en la jornada de planificación familiar

Se presenta cuenta de cobro a la líder de bienestar al aprendiz para su verificación

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



IRVING LEUDO MARTINEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,



MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN
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)

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 19 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

TI	**1078463393**	**SALOME LEUDO HINESTROZA**	**Hijo(a)**

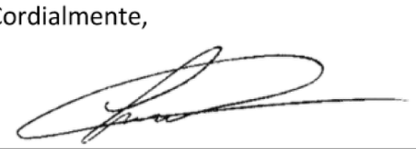
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



IRVING LEUDO MARTINEZ
C.C. 11803434

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	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
2024-02	2024-02	63306299	9463306299	I	2024/03/08	2024/02/29	BANCO AV VILLAS	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**			**$0**	**$0**		**$377,300**
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**			**$0**	**$0**		**$377,300**
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**			**$0**	**$0**		**$377,300**
1	CC	11803434	LEUDO IRVING																	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados (1)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**			**$0**	**$0**		**$377,300**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.078.463.393
LEUDO HINESTROZA

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES

Salome Leudo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-2011
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-DIC-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

24-JUL-2019 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

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

Serie 46

27 JUN 2019

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: XXXXXXXXXXXXX

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