SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**03655-342694**
No. de documento	**198855**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ	**C.C.**	17.657.195	**IP/Nº de contacto**	3105482273
Correo electrónico contratista:	camanjarez@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		46628218684	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2745670/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**68221**	
Valor Total del Contrato	$ 18.346.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.346.667	**1**	**Del**	**12/08/2021**	**Al**	**31/08/2021**	**$ 2.866.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.480.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional integral titulada y/o complementaria modalidad presencial y/o Virtual y/o distancia en el área Ambiental - Agroecología en los programas regular de acuerdo con su perfil profesional desarrollando las competencias definidas en los programas de formación y la programación establecida por el Centro Tecnológico de la

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.866.667		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	**$ 2.866.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.689.825**		**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	----------	**21272384**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.146.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 143.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 183.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 286.667	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 563.275	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.689.825,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.539.767,00	
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 - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 2.866.667,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral desarrollando las competencias definidas en los programas de formación titulada del programa 2391289, Elaboré la planeación pedagógica para los programas de formación titulada, Entregué y registre en el aplicativo drive, dado el caso los reportes y seguimientos a las formaciones dentro de lo plazos establecidos, Preste mis servicios como instructor Ambiental de acuerdo con las normas legales y reglamentarias de conformidad, con total autonomía, sin subordinación alguna pero respetando los principios, normas y reglamentos, guarde la confidencialidad de los hechos, datos o informes que por cualquier caso llegaren a su cono cimiento y que puedan causar daño, lesión o perjuicios, Presentar los documentos, los informes y formatos que le fueren necesarios.
Recurso: Nacion
Municipio: Puerto Rico
Anexo: Informe mensual mes de agosto

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.

CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ
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,

FRANK DARIO RODRIGUEZ TRUJILLO
INSTRUCTOR G19

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

DANNY LÓPEZ SEGURA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ
IDENTIFICACION:	CC-17657195
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-08-31
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-22
FECHA DE PAGO:	2021-09-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	21272384
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21272384
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 924.978	$ 0	$ 0	$ 0	$ 115.700	$ 115.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 924.978	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.000	$ 148.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 924.978	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 4.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 268.600	$ 268.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/10/2021

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17657195 realizó el día 01/09/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17657195 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17657195 realizó el día 02/09/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES MANJARRES MENDEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17657195 realizó el día 02/09/2021 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Florencia, 31 /08/2021

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Manjarres Perdomo Zaira Andrea	T.I - 1.117.937.210	**1. Hijos menores 18 años.**
Manjarres Perdomo Saray Andrea	R.C – 1.215.966.659	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



CARLOS ANDRES MANJARRES
C.C. 17657195

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X____
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

Escaneado co



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.117.937.210
MANJARRES PERDOMO

APELLIDOS
ZAIRA ANDREA

NOMBRES
Zaira Andrea

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-2013
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-ABR-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-SEP-2020 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Escaneado co

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.215.966.859

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56808167

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA MEDILASER CLINICA - COLOMBIA - CAQUETA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANJARRES	PERDOMO

Nombre(s): SARAY ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes OCT Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13564994-6

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PERDOMO SANTOS YULIETH ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.614.546	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MANJARRES MENDEZ CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 17.657.195	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PERDOMO SANTOS YULIETH ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 40.614.546	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes OCT Día 19	NOHORA ISABEL ORTEGA ARIAS - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamSc