SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANOFACTURA-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**15 Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**64340-973822**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS MANUEL ABREO GARCIA	**C.C.**	13.870.951	**IP/Nº de contacto**	3176675111
Correo electrónico contratista:	cabreo@misena.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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 60231847773

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: 4581517/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9723**

Valor Total del Contrato	$ 49.591.208	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.655.000	**8**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.663.750,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.991.250		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES COMO EXPERTO TECNOPARQUE PARA ACOMPAÑAR TECNICA Y METODOLOGICAMENTE EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE BASE TECNOLOGICA DEL TECNOPARQUE NODO BUCARAMANGA PL 319 DIAS VR MES $4.663.750

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.663.750		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	**$ 4.663.750**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.749.256**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**70534849**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.865.500	$ 1.865.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 233.200	$ 233.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 298.500	$ 298.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.165.937	$ -	
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	$ 466.375	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 916.419	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.749.256,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.132.050,00	
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 - 8211	37.188,00	0,900%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	3.719,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.622.843,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atencion de Visitas de talentos a las instalaciones, acompañamiento, explicación y guía para la presentación de ideas.
Planeacion, recepción de talentos para participar en comité de ideas en el mes de septiembre.
Evaluación de ideas presentadas en comité. Planeación y organización del comité de ideas en el mes septiembre.
Seguimiento y ejecución de proyectos en la plataforma Red Tecnoparque. Arobacion y cambio de fase de proyectos PBT
Avances y reuniones al seguimiento y ejecución de proyectos en la plataforma Red Tecnoparque. mes de septiembre.
Presentación y dirección Taller de cocreacion: Emprenda Mano Sesiones Septiembre
Se realizó el alistamiento de los diferentes talleres y charlas que se realizaron en Tecnoparque nodo Bucaramanga.
Participación evento: I Campamento Regional OIR de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.
Preparación y entrenamiento a aprendices que participaran en Red Colsi Nal.

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 MANUEL ABREO GARCIA
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,

CHRISTIAN JAVIER VERA JAIMES
PROFESIONAL G10

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

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOS MANUEL ABREO GARCIA	**NIT:**	13870951
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2023
Número de Radicación:	70534849	**Total a pagar:**	$541,500
Fecha de vencimiento:	13/09/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	01/09/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	134345504
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$9,800
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$298,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$233,200
						$541,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Floridablanca 29 de Septiembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP	**1221464122**	**MANUELA ABREO RIVERA**	**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 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: CARLOS MANUEL ABREO GARCIA

C.C.: 13.870.951 de Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
12814283-6

NUIP 1.221.464.122

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53681220

6812200

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código E R H

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

REGISTRADURIA DE FLORIDABLANCA-CLINICA FUNDACION OFTALMOLOGICA - COL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ABREO	RIVERA

Nombre(s)

MANUELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 02	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11798599-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVERA ARIZA YELITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 49.715.330	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ABREO GARCIA CARLOS MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.870.951	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ABREO GARCIA CARLOS MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.870.951	

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 2013 Mes SEP Día 04	ROQUE ALIRIO MARTINEZ SANTOS - RE
	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 -