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 SANTANDER

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**21 de Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**04120-266133**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JORGE ELIECER MANRIQUE CARREÑO	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	13.930.716	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jmanriquec@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	460320051887
IP/Nº de contacto:	3112709571	**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:	6158536/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**35624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION FIC AREA TEMATICA MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROG RR EN EL CATA VIGENCIA 2024 PL 8M 12D VM 4465545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024 Al 31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.797.250
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.510.578
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.331.705

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,86%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 150.785
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.931.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.264.781**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 150.785**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1744560984**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL V		$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 893.109	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 1.755.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.923.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.264.781,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	150.785,00	2,86%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.314.760,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2929221 Técnico en mantenimiento y reparación de edificaciones

COMPETENCIA: Instalar cubiertas de acuerdo con tipo de diseño y normativa técnica 80 HORAS

FICHA 3026663 INTERPRETACIÓN DE PLANOS ESTRUCTURALES

COMPETENCIA FUNDIR ELEMENTOS EN CONCRETO PARA OBRAS CIVILES DE ACUERDO A NORMAS, PLANOS Y ESPECIFICACIONES

40 HORAS

BÁSICO DE CONSTRUCCION DE ESTRUCTURAS EN CONCRETO

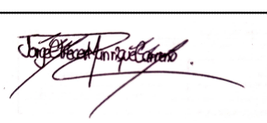
RESULTADOS DE APRENDIZAJE:ARMAR Y FUNDIR ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE ACUERDO CON NORMAS, PLANOS Y ESPECIFICACIONES

40 HORAS

TOTAL 160 HORAS

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



JORGE ELIECER MANRIQUE CARREÑO
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,

CAROLINA MESA BARRERA
COORDINADORA DE FORMACIÓN

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
YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

21/08/24 17:56:08 USUARIO: SIC - C.C. 13930716

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 13930716

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	JORGE ELIECER MANRIQUE CARRENO		
Tipo Identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número de Identificación	13930716
Ciudad/Municipio	MALAGA	Departamento	SANTANDER
Dirección	CALLE 1 N 6B 28	Teléfono	6617676
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Construcción de edificios
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**1744560984**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	julio / 2024	Periodo Cotización Salud	julio / 2024
Dias de Mora	2	Fecha Pago	2024/08/08
Número Autorización	043066		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JORGE ELIECER	Apellidos	MANRIQUE CARRENO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	13930716
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	SANTANDER	Municipio	MALAGA
Salario Básico	$ 1.816.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							01-30									

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.786.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 285.800
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 285.800**

SALUD			
Dias	30	Administradora	NUEVA EPS CM
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.786.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 223.300
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 223.300**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 1.786.000
Centro de Trabajo	13930716	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 9.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 518.500**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Málaga, 21 de Agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Málaga

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.	**1096957811**	**FABIAN YESYD MANRIQUE GOMEZ**	**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: JORGE ELIECER MANRIQUE CARREÑO
C.C. 13.930.716

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

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

NUIP 1.096.957.811

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54754481**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 4 Z

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANRIQUE.....	GOMEZ.....

Nombre(s)

FABIAN YESYD.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAY Día 10	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA.....	.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GOMEZ DUARTE OLGA MILENA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.950.273.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANRIQUE CARREÑO JORGE ELIECER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.930.716.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANRIQUE CARREÑO JORGE ELIECER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.930.716.....	Jorge Eliecer Manrique Carreño

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 2015 Mes MAY Día 11	JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

11.MAY.2015 - SERIAL REEMPLAZA A - 00054754480 - 11.MAY.2015. ~~-CORRECCION APELLIDOS Y/O NOMBRE DEL INSCRITO - POR ERROR EVIDENTE AL TRANSCRIBIR LOS DATOS..~~

- ESPACIO PARA LA OFICINA DE REGISTRO -