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 DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**22 de Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**33244-698337**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	91.542.767	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cmancilla@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	043400034724
IP/Nº de contacto:	3123573201	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿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:	5783857/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**8524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 210 DIAS, 700 HORAS VR HORA $38.553

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.749.153
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.480.650
Valor Bruto Pago:	**$ 3.932.406,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.816.747

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.932.406	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.932.406**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.311.465**	**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		----------	**9475576879**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.572.962	$ 1.603.805
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 196.700	$ 200.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 251.700	$ 256.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.300	$ 8.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 393.241	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 771.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.466.419		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.311.465,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.484.006,00	
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 - 8523 - BUCARAMANGA.	25.085,00	0,720%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	2.509,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.904.812,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN TITULADA:

Ficha: 2824896 PLANEAR ACTIVIDADES DE MERCADEO QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES - 48 horas

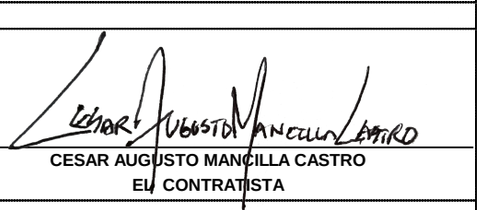
1 octubre 2024 al 12 octubre 2024

Ficha: 2875928 Gestionar comunidades virtuales de acuerdo con técnicas de relaciones públicas y tipo de negocio - 54 horas

1 octubre 2024 al 11 octubre 2024

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



CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

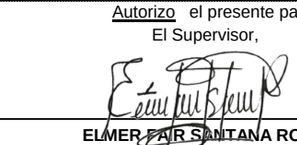
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELMER ZAIR SANTANA ROJAS
INSTRUCTOR G20

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
WILSON BASTOS DELGADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/10/24 12:19:38 USUARIO: SIC - C.C. 91542767

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 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	988288218	9475576879	I	2024/10/16	2024/10/17	NEQUI	1	$466,100

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)					$1,603,805	$256,700			$1,603,805	$200,500			$0	$0			$1,603,805	$8,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,603,805	$256,700			$1,603,805	$200,500			$0	$0			$1,603,805	$8,400		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,603,805	$256,700			$1,603,805	$200,500			$0	$0			$1,603,805	$8,400		$0	$0
1	CC	91542767	MANCILLA CESAR	230301	30	$1,603,805	$256,700	EPS005	30	$1,603,805	$200,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,603,805	$8,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,603,805	$256,700			$1,603,805	$200,500			$0	$0			$1,603,805	$8,400		$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 91542767		MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 08 N 64 22 CS 59	BUCARAMANGA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	988288218	9475576879	I	2024/10/16	2024/10/17	NEQUI	1	$466,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,700	$200	$0	$256,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,700	$200	$0	$256,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$100	$0	$8,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$100	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,500	$200	$0	$200,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,500	$200	$0	$200,700
TOTAL				1	$465,600	$500	$0	$466,100

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1146335737	Isabel Cristina Mancilla Valle	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,

CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
C.C. 91542767

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

RC	1146338024	Salomé Mancilla Valle	Hijo(a)

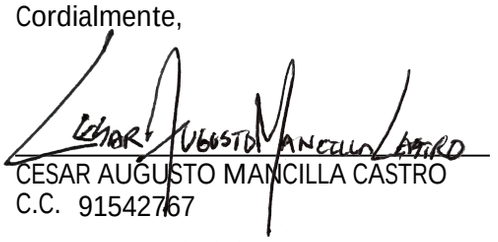
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CESAR AUGUSTO MANCILLA CASTRO
C.C. 91542767

SENA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1146338024

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59453048

- 59453048 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	11	☐	☐	☐	DVE

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA ********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANCILLA **********	VALLE **********

Nombre(s)

SALOMÉ **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes AGO Día 02	FEMENINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO **********	15109396-1

Datos de la 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

VALLE CANTILLO SANDRA MILENA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37513512 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	CESAR AUGUSTO MANCILLA

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 2019 Mes AGO Día 06	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA - SANTANDER
ARTS. 115 DCTO. LEY 960 DE 1970 Y 1° DCTO. 278 DE 1972
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

SERIAL No. 59453048 AÑO. 2019
A SOLICITUD DE: Cesar Augusto Mancilla Castro.
C.C. 91542767 de Blmanga
VALIDO PARA: Seguridad social
ESTE REGISTRO CIVIL.. TIENE VALIDEZ PERMANENTE
FIRMA: Cesar Augusto Mancilla
PARENTESCO: Padre
BUCARAMANGA - SANTANDER

NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Luz Yaneth Rojas Portilla
Notaria Once del Circulo de
Bucaramanga Santander

NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA SANTANDER

06 AGO 2019

ESTA COPIA SOLO ES VALIDA PARA EL FIN SEÑALADO EN LA SOLICITUD DE EXPEDICIÓN.

DE BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1146335737

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52627915

52627915

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 11 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DVE

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA ********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANCILLA **********	VALLE **********

Nombre(s)

ISABEL CRISTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 23	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO **********	11333249-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALLE CANTILLO SANDRA MILENA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37513512 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCILLA CASTRO CESAR AUGUSTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91542767 BUCARAMANGA **********	

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 2012 Mes JUN Día 29	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA 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 -

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA - SANTANDER
ARTS. 115 DCTO. LEY 1260 DE 1970 Y 1º DCTO. 278 DE 1972
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
SERIAL No. 52627915 AÑO. 2013
A SOLICITUD DE SANDRA MILENA VALLE CANTILLO
C.C. 37.513.512 DE BUCARAMANGA
VALIDO PARA: DAVISON
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE
FIRMA:
PARENTESCO: MADRE
BUCARAMANGA - SANTANDER
NOTARIA ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

07 OCT 2013

Luz Yaneth Rojas Portilla
Notaria Once del Circulo de
Bucaramanga Santander

NOTARIA ONCE DE BUCARAMANGA S/DER. REPUBLICA DE COLOMBIA

ESP
ESP
ICO