



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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGICO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	20
Código Centro	911410
Fecha Elaboración	16 Diciembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	66426-437540

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	URIEL ALBERTO ARGUELLES QUINTERO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	77.158.911	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	uaguelles@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0000000151537784
IP/Nº de contacto:	3167701833	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?			
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5844169/2024	Nº Compromiso SIIF	5724	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PROF DE CARÁCTER TEMP COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR LA FORM PROF INTEGRAL DENTRO DEL PROG DE ART CON LA MEDIA EN LAS INSTITUCIONES EDUC ARTICULADAS CON EL CBC REG CESAR CPE NO. 20-9-2024-000790				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/12/2024	Al	06/12/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 893.109
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 45.548.559
Valor Bruto Pago:	\$ 893.109,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 893.109	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 893.109	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 314.698	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9478777447	Base retención en la fuente a título de RENTA	314.698,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.300.000	\$ 1.786.218	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 162.500	\$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 208.000	\$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 13.600	\$ 18.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-	Pro Universidad Popular del Cesar	4.466,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 89.311	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 753.040	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.082.904	\$ 105.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.917.798	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$888.643,00	

SON: OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplí con el adecuado y oportuno cumplimiento de dichas obligaciones, en cuanto a la ejecución de la formación con los grupos de cada El mes de diciembre el contrato se realizó esta actividad, ya que la los seis (6) días del mes se dio el término del contrato Correo institucional activo, en el cual se comparte toda la información de la ejecución del contrato. Además de recibir y compartir in Presenté el Informe mensual del mes de diciembre para su revisión y auditoria correspondiente por parte del supervisor de contrato El primer mes de ejecución se presentó los exámenes Médico Pre Ocupacional y fueron cargados en los documentos del proveedor del secop Realicé la capacitación plataforma SI CONTRATISTA el primer mes de ejecución. Se realizó los aportes de Seguridad social en cumplimiento de esta obligación del mes de noviembre (mes anterior al presente informe) Atendí las Fichas Nº 2923415, 2920904, 2920890 y 2920882, en los municipios de Agustín Codazzi y El Paso en el mes de diciembre Guardé la confidencialidad de la información, en cumplimiento de esta obligación.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

**URIEL ALBERTO ARGUELLES QUINTERO
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**LEONOR DUARTE NORIEGA
INSTRUCTOR G15**

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
JAIME JOSE BAUTE DANGON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77158911		ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 11a - 66	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3175232077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1125059384	9478777484	I	2025/01/07	2024/12/16	NEQUI	0	\$105,700

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)					\$357,244	\$57,200			\$357,244	\$44,700			\$0	\$0			\$357,244	\$3,800		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$357,244	\$57,200			\$357,244	\$44,700			\$0	\$0			\$357,244	\$3,800		\$0	\$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$357,244	\$57,200			\$357,244	\$44,700			\$0	\$0			\$357,244	\$3,800		\$0	\$0
1	CC 77158911	ARGUELLES URIEL	25-14	6	\$357,244	\$57,200	EPS037	6	\$357,244	\$44,700		0	\$0	\$0	14-23	6	\$357,244	\$3,800	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$357,244	\$57,200			\$357,244	\$44,700			\$0	\$0			\$357,244	\$3,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77158911		ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 11a - 66	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3175232077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1125059384	9478777484	I	2025/01/07	2024/12/16	NEQUI	0	\$105,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$57,200	\$0	\$0	\$57,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$57,200	\$0	\$0	\$57,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$3,800	\$0	\$0	\$3,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$3,800	\$0	\$0	\$3,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,700	\$0	\$0	\$44,700	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$44,700	\$0	\$0	\$44,700	
TOTAL				1	\$105,700	\$0	\$0	\$105,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77158911		ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 11a - 66	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3175232077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1125050924	9478777447	I	2024/12/04	2024/12/16	NEQUI	12	\$532,100

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)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0
1	CC 77158911	ARGUELLES URIEL	25-14	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS037	30	\$1,786,218	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$18,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77158911		ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 11a - 66	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3175232077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1125050924	9478777447	I	2024/12/04	2024/12/16	NEQUI	12	\$532,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$2,300	\$0	\$288,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$285,800	\$2,300	\$0	\$288,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,700	\$200	\$0	\$18,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,700	\$200	\$0	\$18,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$1,800	\$0	\$225,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$223,300	\$1,800	\$0	\$225,100
TOTAL				1	\$527,800	\$4,300	\$0	\$532,100

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Valledupar, 16 de diciembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE CBC VALLEDUPAR (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 - NIP	37040542	SANTIAGO DAVID ARGUELLES ORTIZ	HIJO
NUIP - NIP	37914560	JOSÉ RICARDO ARGUELLES ORTIZ	HIJO

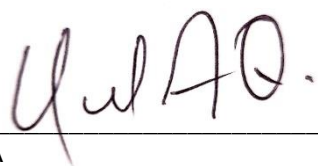
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: URIEL ALBERTO ARGUELLES QUINTERO

C.C. 77.158.911

NUIP 1.067.723.183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37914560

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	---------------------------------	----------------------------	----------------------------

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE AGUSTIN CODAZZI - COLOMBIA - CESAR - AGUSTIN CODAZZI

Datos del inscrito

Primer Apellido ARGUELLES **Segundo Apellido** ORTIZ

Nombre(s) JOSE RICARDO

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes NOV Día 16 **Sexo (en letras)** MASCULINO **Grupo sanguíneo** A **Factor RH** POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **Número certificado de nacido vivo** 52804655-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ORTIZ PADRON IVISS DANITH

Documento de identificación (Clase y número) CC 45.553.495 **Nacionalidad** COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 77.158.911 **Nacionalidad** COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 77.158.911 **Firma** *Uriel Arguelles*

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**

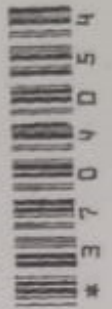
Fecha de inscripción
Año 2010 Mes DIC Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza
[Firma]
NUNYS ESTHER COPIER TORRES - REGI
Nombre y firma

NUJP 1067718859

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37040542



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código H Y H

REGISTRADURIA DE AGUSTIN CODAZZI COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI*****

Datos del inscrito

Primer Apellido ARGUELLES***** Segundo Apellido ORTIZ*****

Nombre(s) SANTIAGO DAVID*****

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes MAY Día 23 Sexo MASCULINO***** Grupo Sanguíneo A***** Factor RH +*****

COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo 50181912-1*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ORTIZ PADRON IVISS DANITH*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0045553435***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0077158911***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARGUELLES QUINTERO URIEL ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0077158911***** Firma Uriel Argüelles

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 Año 2008 Mes MAY Día 29 Nombre y firma del funcionario que autoriza NUMYS ESTHER CORREA TORRES*****

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

ESPACIO PARA NOTAS

Handwritten signature and notes at the bottom of the page.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.067.718.859**

ARGUELLES ORTIZ

APELLIDOS

SANTIAGO DAVID

NOMBRES

Santiago

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-2008**

AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-MAY-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

07-OCT-2015 AGUSTIN CODAZZI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+

M

G S RH

SEXO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1215000-00761006-M-1067718859-20151113

0047415261A 1

44778202

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.067.723.183**
ARGUELLES ORTIZ

APELLIDOS

JOSE RICARDO

NOMBRES

Jose Ricardo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-2010**

AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-NOV-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

M
SEXO

01-FEB-2018 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1215000-00997512-M-1067723183-20180417

0060847293A 4

49096139