SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**39194-839115**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDECIO DEJESUS PABUENA OSPINO	**C.C.**	72.160.639	**IP/Nº de contacto**	3167157324
Correo electrónico contratista:	edpabuena@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 116499518

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: 4898418/2023 **Nº Compromiso SIIF** **65623**

Valor Total del Contrato	$ 16.154.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.482.377	**2**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.038.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.443.777		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PEDAGOGICA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2023-003541

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.038.600		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	$ 672.023			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.710.623**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.490.917**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7875938497**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.615.440	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 202.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 258.500	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.500	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.177.655	$ 258.400	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ 201.800	
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	$ 258.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 201.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 16.900	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 830.306	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.490.917,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.578.100,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	20.193,00	0,500%
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	**$4.018.407,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron dos cursos complementarios: Institución educativa Villa de San Andrés – grado 9° y 8° Fichas; 1889996 y 1889105 en el P
Se desarrolló el proceso de la planeación y ejecución de la formación con el equipo ejecutor por medio de las herramientas y material
Se participó en la socialización de las Fichas; 1889996 - 1889105 - 1888566 y 1888567
Ruta de aprendizaje para las Fichas; 1889996 - 1889105 - 1888566 y 1888567
Se ha utilizado el aplicativo institucional SofiaPlus para verificar la vinculación de los aprendices
Participar en la inducción programada por el líder del programa para tratar temas como metas alcanzar, solicitud de cursos complementa
Desplazarme a los diferentes municipios del Cesar, con el fin de ofertar los programa de formación complementaria y recolectar la doc
Reporta al líder y supervisor del contrato los documentos solicitados: Informe mensual de ejecución contractual, soporte de pago segur
Se actualizó el portafolio del instructor en Planeación, guías, instrumentos, plan de trabajo, evidencias

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.

EDECIO DEJESUS PABUENA OSPINO
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,

ROBINSON LOBO HERNANDEZ
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

YALEINIS MONTERO TRIANA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72160639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDECIO DE JESUS PABUENA OSPINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALLE 4 27 38	TELÉFONO:	5651840
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7875938497**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2049834522

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 258.400
SUBTOTAL:			1	**$ 258.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 201.800
SUBTOTAL:			1	**$ 201.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 16.900
SUBTOTAL:			1	**$ 16.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 477.100**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Aguachica-Cesar, 23 de Mayo 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 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.	**1067624145**	**FENIX ISABELLA PABUENA PENSO**	**HIJO**
R.C.	**1065918022**	**PAULA PATRICIA PABUENA PENSO**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: EDECIO DE JESUS PABUENA OSPINO

C.C. 72160639

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.067.624.145

PABUENA PENSO
APELLIDOS

FENIX ISABELLA
NOMBRES

Fenix I Pabuena P
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-2013

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-NOV-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ F
G S RH SEXO

25-NOV-2021 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

I-1207500-01272751-F-1067624145-20211212 0077435770A 1 8503495193

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.065.918.022

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51531406

51531406

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 8 H

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

REGISTRADURIA DE AGUACHICA - COLOMBIA - CESAR - AGUACHICA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PABUENA	PENSO

Nombre(s)

PAULA PATRICIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes AGO Día 08	FEMENINO		

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	14093690-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PENSO SALAS FENIX PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 44.157.034	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PABUENA OSPINO EDECIO DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.160.639	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PABUENA OSPINO EDECIO DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.160.639	

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 2017 Mes AGO Día 15	LUIS ALEJANDRO ALEMAN PEÑARANDA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240