

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	12 Diciembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	24094-135637

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	GLORIA INES PENAGOS CABUYA gipenagos@misena.edu.co		C.C.	52.435.130
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	3118754355
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 CAJA SOCIAL		Inducción SST	☐ SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:	☐ NO		Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	24073498911
			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				
N° del contrato:	5191175/2023		N° Compromiso SIIF	69123
Valor Total del Contrato	\$ 22.025.255	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.551.706	6	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0		01/12/2023	19/12/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Suministrar servicios personales de carácter temporal, impartiendo la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas académicas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.551.706		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.551.706		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.469.876		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.469.876,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 1.611.604	Base retención en la fuente a título de ICA	2.221.106,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 201.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 257.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 6.100	\$ 8.500	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8299	21.456,00
\$ 637.926	\$ -			0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 255.171	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 489.959		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$2.530.250,00

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar formación profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y /o productivos Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo	

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.	GLORIA INES PENAGOS CABUYA 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, JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON INSTRUCTOR G12

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
TATIANA LENKE MATA LLANA ROA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52435130	GLORIA INES PENAGOS CABUYA		CALLE 7 90-64 torre 7 apt 124	6947852	gloriapenagos02@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-11	2023-11	I	30/11/2023	72710938	TOTAL A PAGAR \$467.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	467.900	467.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52435130	GLORIA INES PENAGOS CABUYA		CALLE 7 90-64 torre 7 apt 124	6947852	gloriapenagos02@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-11	2023-11	I	30/11/2023	72710938	\$467.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	52435130	PENAGOS CABUYA GLORIA INES	59	0			N																		25-14	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS010	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0

PAGADA



1. FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de diciembre 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 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.	1034778906	Valery Chacón Penagos	HIJO
	1016599505	Juliana Chacón Penagos	

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: Gloria Inés Penagos Cabuya

C.C. 52435130



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO** Indicativo 52633919
Serial

NUIP 1016599505

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 05	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 1005
País - Departamento - Municipio - Corregimiento: a/o Inspección de Policía						
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTÁ *****						

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHACON*****	PENAGOS*****
Nombre(s)	

JULIANA*****

Fecha de nacimiento				Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012	Mes 0	Día 1	Sexo (en letras) FEMENINO	0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento: a/o Inspección)					
*****COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTÁ D.C. *****					

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
	11678487-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
PENAGOS CABUYA GLORIA INES*****	COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 52435130	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
CHACON ROJAS JOHN FREDDY*****	COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 80056207	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
CHACON ROJAS JOHN FREDDY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 80056207	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma

Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma

Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción

Año 2012	Mes 0	Día 1	Nombre y firma del funcionario autorizado
			ANDRÉS HIBER ABREU ACACERO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario autorizado	Reconocimiento



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

CHACON ROJAS JOHN FREDDY CC:00.056.207

NUIP 1034778906

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo 3 7426467
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	61	Consulado	☐
Corregimiento				☐	Inspección de Policía	☐	Código
1069							
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CHACON		PENAGOS	
Nombre(s)			
VALERY			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	2005	Mes	NOV
Día	05	FEMENINO	O POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A6757443

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
PENAGOS CABUYA GLORIA INES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#52.435.130 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CHACON ROJAS JOHN FREDDY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#80.056.207 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
CHACON ROJAS JOHN FREDDY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#80.056.207 DE BOGOTA	<i>John Freddy Chacon</i>

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

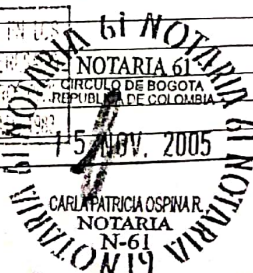
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes NOV Día 12	<i>Carla Patricia Ospina Ramirez</i> CARLA PATRICIA OSPINA RAMIREZ

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

ESPACIO PARA NOTAS	
<p>COPIA TRAMITADA EN OFICINA DEL REGISTRO EN LOS MOMENTOS DE LA ACTUACION Y SE LEVA AL ARCHIVO DE LA NOTARIA EN EL CIRCULO DE BOGOTA REPUBLICA DE COLOMBIA</p> <p>15 NOV. 2005</p> <p>CARLA PATRICIA OSPINA R. NOTARIA N-61</p>	

MHW-Lf44



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -