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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**17 Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**68355-759672**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GLORIA INES PENAGOS CABUYA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.435.130	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gipenagos@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24073498911
IP/Nº de contacto:	3118754355	**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**	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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5855384/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.996.021
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.185.926
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.530.476

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**81248067**
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 I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.875.123		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El contratista apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de ni
Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucio
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral,
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Coordi
Informar a la coordinación de Administración Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación de
Gestionar registro fotográfico e información básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinación de Administració
Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016 del SENA, con base en la Ley
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices cuando
Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes

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

GLORIA INES PENAGOS CABUYA
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/11/24 17:53:09 USUARIO: SIC - C.C. 52435130

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52435130	GLORIA INES PENAGOS CABUYA	CALLE 7 90-64 torre 7 aprt 124	6947852	gloriapenagos02@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	05/11/2024	81248067	$518.500	

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	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	52435130	GLORIA INES PENAGOS CABUYA		CALLE 7 90-64 torre 7 aprt 124	6947852	gloriapenagos02@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-10	2024-10	I	05/11/2024	81248067	$518.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**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	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS010	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1. **FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 17 de noviembre de 2024

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**

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

ACTOS VARIOS

CHACON ROJAS JOHN FREDDY CC:80.056.207

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034778906

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37426467

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] 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	Factor RH
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	John Freddy Chacon

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	CARLA PATRICIA OSPINA RAMIREZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 61 CIRCULO DE BOGOTA REPUBLICA DE COLOMBIA
15 NOV. 2005
CARLA PATRICIA OSPINA R.
NOTARIA
N-61

MHW.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
NIT. 860.051.853-4
Hospital San José
Entidad Educativa sin Ánimo de Lucro

PAGUE HASTA	03-07-2024	VALOR A PAGAR	5.235.670,00

(415)7709998002739(8020)000048964321(3900)05235670(96)20240703

PAGUE HASTA	11-07-2024	VALOR A PAGAR	5.542.180,00

(415)7709998002739(8020)000048964321(3900)05542180(96)20240711

PAGUE HASTA	-	VALOR A PAGAR	0,00

Documento: TI - 1034778906	Orden de Pago No. 489643 - 2
Fecha de Expedición: 17-06-2024	Periodo Académico 2024 - 2
Nombre: CHACÓN PENAGOS VALERY	
Facultad: PSICOLOGÍA DIURNA	Sem 03

FORMA DE PAGO		
CÓDIGO	**CHEQUE No.**	**VALOR**
PAGO EN EFECTIVO		
VALOR TOTAL PAGADO		

BANCO BOGOTA - RECAUDADOR - 1
ITAÚ - RECAUDADOR - 3
BANCOLOMBIA - RECAUDADOR - 4
BANCO GNB SUDAMERIS - RECAUDADOR - 2

TIMBRE DE CAJA

BANCO O CORPORACION

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
NIT. 860.051.853-4
Hospital San José
Entidad Educativa sin Ánimo de Lucro

CONCEPTOS A PAGAR	VALOR
DERECHOS DE MATRICULA PSICOLOGIA	$ 6.130.200,00
SEGURO ESTUDIANTIL PSICOLOGIA	$ 25.000,00
741003 DESCUENTO CP6000 %0015 PRIMER SEMESTRE	($ 919.530,00)
Saldo a Favor	$ 0,00
PAGO HASTA: 03-07-2024	$ 5.235.670,00
PAGO HASTA: 11-07-2024	$ 5.542.180,00
PAGO HASTA: -	$ 0,00

Documento: TI - 1034778906	Orden de Pago No. 489643 - 2
Fecha de Expedición: 17-06-2024	Periodo Académico 2024 - 2
Nombre: CHACÓN PENAGOS VALERY	
Facultad: PSICOLOGÍA DIURNA	Sem 03

TIMBRE DE CAJA

BANCO - FUNDACION

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
NIT. 860.051.853-4
Hospital San José
Entidad Educativa sin Ánimo de Lucro

CONCEPTOS A PAGAR	VALOR
DERECHOS DE MATRICULA PSICOLOGIA	$ 6.130.200,00
SEGURO ESTUDIANTIL PSICOLOGIA	$ 25.000,00
741003 DESCUENTO CP6000 %0015 PRIMER SEMESTRE	($ 919.530,00)
Saldo a Favor	$ 0,00
PAGO HASTA: 03-07-2024	$ 5.235.670,00
PAGO HASTA: 11-07-2024	$ 5.542.180,00
PAGO HASTA: -	$ 0,00

Documento: TI - 1034778906	Orden de Pago No. 489643 - 2
Fecha de Expedición: 17-06-2024	Periodo Académico 2024 - 2
Nombre: CHACÓN PENAGOS VALERY	
Facultad: PSICOLOGÍA DIURNA	Sem 03

TIMBRE DE CAJA

SECRETARIA ACADEMICA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
NIT. 860.051.853-4
Hospital San José
Entidad Educativa sin Ánimo de Lucro

CONCEPTOS A PAGAR	VALOR
DERECHOS DE MATRICULA PSICOLOGIA	$ 6.130.200,00
SEGURO ESTUDIANTIL PSICOLOGIA	$ 25.000,00
741003 DESCUENTO CP6000 %0015 PRIMER SEMESTRE	($ 919.530,00)
Saldo a Favor	$ 0,00
PAGO HASTA: 03-07-2024	$ 5.235.670,00
PAGO HASTA: 11-07-2024	$ 5.542.180,00
PAGO HASTA: -	$ 0,00

Documento: TI - 1034778906	Orden de Pago No. 489643 - 2
Fecha de Expedición: 17-06-2024	Periodo Académico 2024 - 2
Nombre: CHACÓN PENAGOS VALERY	
Facultad: PSICOLOGÍA DIURNA	Sem 03

TIMBRE DE CAJA

ALUMNO