

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	18 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	61939-941232

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	GLORIA INES PENAGOS CABUYA	C.C.	52.435.130	IP/N° de contacto	3118754355
Correo electrónico contratista:	gipenagos@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	24073498911
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	☐ NO		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	1331588/2020	N° Compromiso SIIF	10420		
Valor Total del Contrato	\$ 39.922.913	N° Pago	10		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.811.563	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2020	Al 30/11/2020	Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.021.413	Comisiones	\$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	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	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	32.438,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 379.015	VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00	
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -			
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 744.734			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE 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, CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES 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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	06/11/2020	46240049	\$440.500

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	189.700	0		0		0	0	0	0	189.700	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	242.800	0	0	0	0	0	0		242.800	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	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	189.700	189.700
Pensión	1	242.800	242.800
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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.	

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
2020-10	2020-10	I	06/11/2020	46240049	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	SEI	SEI	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1.517.000	242.800	0	0	0	0	EPS010	1.517.000	189.700	14-23	1.517.000	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de Noviembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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:

T.I.	1034778906	VALERY CHACON PENAGOS	HIJO
T.I	1016599505	JULIANA CHACON 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 INES 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		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012	Mes 01	Día 03	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 01	Día 03	Nombre y firma del funcionario autorizado
			ANDRÉS HIBER ABRAHAM CACABECO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario autorizado	Nombre y firma del declarante



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 ACTUACIÓN Y SE ENVÍA AL INTER MUNICIPALIDAD DE BOGOTA PARA SU RESOLUCIÓN Y SE ENVÍA A LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL</p> <p>NOTARIA 61 CIRCULO DE BOGOTA REPUBLICA DE COLOMBIA 15 NOV. 2005</p> <p>CARLA PATRICIA OSPINA R. NOTARIA N-61</p>	

MHW-Lf44

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -