ALCALDIA DE FLANDES	FORMATO: DECLARACION DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y SOLICITUD DEDUCCIONES PARA APLICAR RETENCION EN LA FUENTE MACROPROCESO: DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO PROCESO: ADMINISTRACIÓN CONTABLE	ALCALDIA MUNICIPAL DE FLANDES - TOLIMA Secretaria de Hacienda Código:
		Versión: 1 / Fecha: 18-05-2020

Nombre del Contratista:	**JUAN FELIPE BERNAL PATIÑO**	VIGENCIA DESDE:	4/12/2024
		HASTA:	8/11/2024
Documento de identidad:	**1.070.620.376**	Contrato:	**129/ 2024**

En mi calidad de contratisa - **Certifico bajo gravedad de Juramento,** que los documentos soporte del pago de los aportes abligatorios al sistema de seguridad social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retencion en la fuente a título de renta. Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016. Así mismo, los valores solicitados para deducción de la base gravable solo los estoy presentando a esta Entidad, no estoy haciendo uso de estas deducciones en ningún otro lado.

Honorarios y prestacion de servicios personales MES	$	**2.000.000**
Base para aportes	$	1.300.000
aportes obligatorioa pension	$	208.000
Aportes obligatorios a salud.	$	162.500
Aportes ARL	$	6.800
intereses de mora		
Total Ingresos no constitutivos	$	377.300

Periodo Cotización / Número planilla		MAYO - 1063781487
Pago intereses de vivienda	$	-
Deduccion por dependientes 10%	$	-
Pagos Por Salud medicina prepagada	$	-
Aportes a cuentas AFC (Art 126 - 4 E.T.)	$	-
Aportes voluntarios a fondo de Pensiones		

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales:

He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos	SI [ ]	NO [X]
No he contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos	SI [ ]	NO [X]

ANEXOS

Señale con una X los documentos que anexa

X	Anexo soporte de pago de aportes obligatorios salud y pension (calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales)
	Soporte solicitud por deduccion de intereses de vivienda
	Soporte solicitud por deduccion de dependientes
	Soporte solicitud de deduccion por Salud medicina prepagada
	Soporte Aportes a cuentas AFC
	Soporte Aportes voluntarios a fondo de Pensiones

FIRMA DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-27, 12:03:53 P. M. Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1063781487

Periodo Cotización: mayo de 2024 Periodo Servicio: mayo de 2024 Referencia pago 8810562171

PAGADA 12/06/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN FELIPE BERNAL PATINO		
Documento	CC1070620376	Dirección	COND. LA MARAVILLA MZ GUAYACAN CS 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115871789
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	ERTP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1070620376	JUAN FELIPE BERNAL PATINO	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1.300.000	$208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$1.300.000	$162.500	0.522	$1.300.000	$6.800	(NN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (cargos saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$6.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$377.300	$0	$377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de la SIMPLE!

Powered by CamScanner