

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	76	
	REGIONAL VALLE		Código Centro	923010	
	CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE		Fecha Elaboración	Septiembre de 2020	
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20	
ID de Proceso					73379-680132
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		PEDRO ALBERTO ZAFRA LOPEZ		C.C.	
Correo electrónico contratista:		zafrapedro@misena.edu.co		16.748.025	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto	
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		22868	
Es declarante de renta?		SI		Es Pensionado?	
NO		NO		NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST	
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA		SI	
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta	
164169070		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		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		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		N/A			
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:		1696981/2020		N° Compromiso SIIF	
22120		Valor Total del Contrato		\$ 19.203.420	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 17.182.010		N° Pago	
2		Periodo objeto de pago		Del 01/08/2020 Al 31/08/2020	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 13.391.860		Comisiones	
\$ 0,00		Valor Bruto Pago		\$ 3.790.150,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 3.790.150		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 2.021.410		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.811.560		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.410.928		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
				\$ 5.370	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Agosto		Julio	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.516.060		\$ 877.803	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.600		\$ 109.800	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 242.600		\$ 140.500	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL III		\$ 37.000		\$ 21.400	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		-	
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -		-	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -		-	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700		\$ -		-	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 140.500		-	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 109.800		-	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-	
Dependientes hasta \$ 1.139.424		\$ 581.156		-	
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		-	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 1.136.976		-	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		-	
		Valor Base retención en la fuente		3.410.928,00	
		Valor Base retención en la fuente ICA		3.357.950,00	
		Valor base IVA		0,00	
		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	
		Menos Retención en la Fuente		5.370,00	
		Menos Retención IVA		0,00	
		Reteica - 8299		0,00	
		Pro-UCEVA		18.951,00	
		Universidad del Pacífico		0,00	
		Otras Retenciones		0,00	
		Otras Retenciones		0,00	
		Descuentos de Libranza		0,00	
		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
		VALOR A PAGAR		\$ 3.765.829,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
EJECUCION DE LA FORMACION FICHA 2060511 - HORAS 36					
EJECUCION DE LA FORMACION FICHA 1951324 - HORAS 9					
EJECUCION DE LA FORMACION FICHA 1835677 - HORAS 12					
EJECUCION DE LA FORMACION FICHA 1819989 - 1820058 - HORAS 16					
EJECUCION DE LA FORMACION FICHA 1907458 - 1951351 - HORAS 28					
ACTIVIDAD ADMINISTRATIVAS - HORAS 12					
PROYECTO OT - 0091-20 - HORAS 52					
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.					
PEDRO ALBERTO ZAFRA LOPEZ 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.					
ALIRIO CUENCA RODRIGUEZ PROFESIONAL G06					
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					
PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-08-24, 04:12:41 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1032026172

Periodo Cotización: julio de 2020

Periodo Servicio: julio de 2020

Referencia pago (PIN): 8820087430

PAGADO 21/08/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PEDRO ALBERTO ZAFRA LOPEZ		
Documento	CC16748025	Dirección	CRA 11 60 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006208303
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRP	Dias ARP	Dias EPS	Dias ARP	Dias EPS	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 16748025	PEDRO ALBERTO ZAFRA LOPEZ	59	00															0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 877.803	\$ 140.500	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 877.803	\$ 109.800	2.436	\$ 877.803	\$ 21.400	(CCF57) COMFANDI	\$ 877.803	\$ 17.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 289.300	

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, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 140.500	\$ 109.800	\$ 21.400	\$ 17.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 289.300	\$ 0	\$ 289.300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 24 de Septiembre de 2020

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.	1107851618	JUAN JOSE ZAFRA LOPEZ	HIJO
-------------	-------------------	------------------------------	-------------

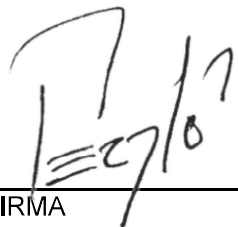
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: **PEDRO ALBERTO ZAFRA LOPEZ**

C.C. 16748025

NUIP 1107851618

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

41426097

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☐ Notaria ☒ Número 12 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T52

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido ZAFRA Segundo Apellido LOPEZ

Nombre(s) JUAN JOSE

Fecha de nacimiento

Año 2008 Mes MAR Día 27 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo AB Factor RH +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía)

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento: antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo A50146975/0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos LOPEZ ROMERO ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número) CCNO. 66.927.871 CALI

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ZAFRA LOPEZ PEDRO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CCNO. 16.748.025 DE CALI VALLE

Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ZAFRA LOPEZ PEDRO ALBERTO DE CALI

Documento de identificación (Clase y número) CCNO. 16.748.025 DE CALI VALLE

Es fotocopio autenticado del original de Jose en el

Datos primer testigo

Se expide para acreditar fecha Apellidos y nombres completos

interesado. Documento de identificación (Clase y número) TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes MAR Día 31

Nombre y firma del funcionario que inscribe

JOSE FRANCISCO SIERRA FERNANDEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del padre

JOSE FRANCISCO SIERRA FERNANDEZ

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Nombre y firma del funcionario que inscribe

JOSE FRANCISCO SIERRA FERNANDEZ

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —