SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**08217-776807**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: FERNANDO ELIUTH PAZ LOPEZ
Correo electrónico contratista: ferpazlopez@gmail.com
C.C. 76.324.010 **IP/Nº de contacto** 3127761455

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86810502331

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

Nº del contrato: 1794309/2020 **Nº Compromiso SIIF** **123320**

Valor Total del Contrato	$ 13.813.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.373.333	**3**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.673.333		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,27%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 186.131
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.700.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.400.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.362.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 186.131**

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

	Octubre	**Septiembre**	Valor Base retención en la fuente	4.362.300,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9410680999**	Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 1.480.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 236.800	Menos Retención en la Fuente	186.131,00	4,27%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I	$ 7.800	$ 7.800	Reteica - 300	6.556,00	0,200%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 236.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 185.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 740.000				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.454.100		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.507.313,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación con aprendizaje en casa mediada por herramientas tecnológicas para las fichas GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO - 2143077 (48Hs); GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO -2187274 (39Hs); GESTIÓN EMPRESARIAL - 2186644 (65s); ASISTENCIA ADMINISTRATIVA – 2187291 (20Hs); ASISTENCIA ADMINISTRATIVA - 2187290 (20Hs) TOTAL 176 Horas

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.

FERNANDO ELIUTH PAZ 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76324010		PAZ LOPEZ FERNANDO ELIUTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 34 Norte # 10 - 38	POPAYAN-CAUCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	1000000124	9410680999	I	2020/10/05	2020/09/23	BANCO BOGOTA	0	$437,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	76324010	PAZ FERNANDO																		230301	30	$1,480,000	$236,800	EPS037	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,000	$15,500	0	$0	$0	No	$437,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$15,500		$0	$0		$437,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76324010		PAZ LOPEZ FERNANDO ELIUTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 34 Norte # 10 - 38	POPAYAN-CAUCA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	1000000124	9410680999	I	2020/10/05	2020/09/23	BANCO BOGOTA	0	$437,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,800	$0	$0	$236,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$236,800	$0	$0	$236,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,500	$0	$0	$15,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,500	$0	$0	$15,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$0	$0	$185,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$185,000	$0	$0	$185,000
TOTAL				**1**	**$437,300**	**$0**	**$0**	**$437,300**

asesoreseYA! Su Mejor Aliado

CONSULTOR Y BROKER EN ASEGURAMIENTO LABORAL

RECIBO DE CAJA No 3768

$ 437500

Día 22 Mes 09 Año 20

JUL ☐
AGO ☐
SEP ☑

Recibimos de: Edith Paz Lopez

Nit / C.C. N°: 76329010 Tel.

Dirección: - Ciudad Popa

La Suma de:

Tipo de cliente: Empresa ☐ Trab. Dependiente ☐ Trab. Independiente ☑ Indep. Agremiado ☐

Taxista Independiente ☐ Otros ☐

Concepto de pago: Afiliación Voluntaria ☐ Aporte Voluntario ☐ outsourcing Admon. ☐

Consultoria ☐ Salud Ocup. (SGSST) ☐ Otros ☐

Observaciones:

Nota de Interes: • Los Cotizantes independientes (contratistas, taxistas, OPS) están obligados a reportar la novedad de retiro laboral mediar planilla de autoliquidación máximo al quinto día calendario del mes siguiente a su desvinculación laboral; de no hacerlo incurrirá en mora contir en Salud, Pensión y Riesgo Laboral • Los Conductores de vehículo taxi, están obligados a renovar su vinculación en riesgo laboral cumplidos meses) de su vinculación inicial (1 vez por año) y los contratistas independientes a la renovación de cada contrato.

Recibí C.C. N°

Tel: 8356765 - Cel: 300 695 0840 - 321 498 1669 Cauca - Valle - Nariño - Tolima - Huila - Caquetá
afiliaciones@asesoreseya.com.co - consultorcomercial@asesoreseya.com.co - encontacto@asesoreseya.com.co
www.asesoreseya.com.co

"Somos lo que hacemos dia a dia, la excelencia no es un acto sino un hábito"

Recibo de Pago Salud mes de Septiembre por v/r $ 437.500.

Fiel copia de original.

76329010

Scanned with CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, 20 de agosto 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 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.	1061742444	Isabela paz vallejo	**HIJA**

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: FERNANDO ELIUTH PAZ LOPEZ

C.C. 76.324.010

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.061.742.444**

PAZ VALLEJO

APELLIDOS

ISABELA

NOMBRES

Isabela paz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-2009**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-AGO-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

SEXO

22-NOV-2016 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00873690-F-1061742444-20161227 **00528**30788A 3 7754200309

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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



NUIP 1.061.742.444

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44269466

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F Z F

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

REGISTRADURIA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAZ.....	VALLEJO.....

Nombre(s)

ISABELA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes AGO Día 21	FEMENINO.....	.....	.....

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	51617860-0.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALLEJO FERNANDEZ ANGELA MARIA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 34.327.084.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PAZ LOPEZ FERNANDO ELIUTH.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 76.324.010.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAZ LOPEZ FERNANDO ELIUTH.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 76.324.010.....	a

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 2009 Mes OCT Día 28	MARIA ELVIRA PRADO PAREDES - REGI
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -