CUENTA DE COBRO

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
NIT 899999327-2

DEBE A:

NOMBRE: LUIGI LEONARDO LINARES OSMA

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT ____ No. 1.024.535.203 D.V. DE Bogotá

LA SUMA DE: UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 1.473.096)

POR CONCEPTO DE: Honorarios del periodo 01/06/2021 a 15/06/2021

Contrato No.: 90 de 2021

DESEMBOLSO No.: 3

OBJETO: Prestar servicios de apoyo en las actividades encaminadas al cumplimiento de las funciones del GIT medicamentos

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 01/06/2021 y 15/06/2021

FECHA: 12/07/2021

DIRECCION: Calle 62 B sur # 74 I 08

CIUDAD: Bogotá D.C

TELEFONO: 3234422522



FIRMA

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
La salud es de todos Minsalud	FORMATO	**Declaración juramentada Depuración de base de cálculo de retención Ley 2010 de 2019, Ley 1943 de 2018, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y demás normatividad vigente**	Versión	05

Bogotá D.C., 12 de julio de 2021

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

1. Declaro bajo gravedad de juramento que 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos PERCIBIDOS POR CONTRATOS CON EL ESTADO durante el año anterior SI _____ NO **X** superaron las 4000 UVT

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior SI _____ NO **X** superaron los 3500 UVT

4. Declaro bajo gravedad de juramento que SI _____ NO **X** soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."

¿Contraté dos (2) o más personas? SI _____ NO **X**

6. Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE: SI **X** NO _____

7. Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Identificación del contratante: 994000114231 Ministerio de Salud y Protección Social

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: N/A RESPONSABLE DE IVA _____ NO RESPONSABLES DE IVA _____

Contrato de Prestación de Servicios No.: 90 Fecha Inicio: 26/04/2021

Contratista: LUIGI LEONARDO LINARES OSMA Fecha terminación: 30/11/2021

Valor mensual por concepto de Honorarios (iva incluido): $ 2.946.192,00 Prorroga: N/A

Valor total del contrato (iva incluido): $ 21.408.995 Valor de Adición: N/A

Fecha de inicio de la cesión: $ 44.362,00 Valor de la Cesión: $ 16.498.675,00

8. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

9. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación NO de _____ según certificación anexa el presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1.

10. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No N/A de N/A , por lo que solicito con cargo al desembolso No. N/A del contrato No. N/A se consigne en mi nombre la suma de ($) N/A a la precitada cuenta AFC. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

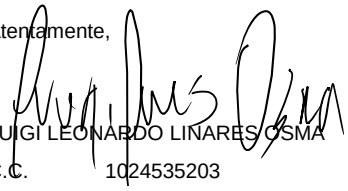
11. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en N/A la suma de

($) N/A

12. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada N/A la suma de N/A N/A que no supera las 16 UVT mensuales.

13. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,



LUIGI LEONARDO LINARES OSMA

C.C. 1024535203

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1024535203-	LUIGI LEONARDO LINARES OSMA	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	5	2021	5184641

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 62 B sur # 74 I 08	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	9207842	9207842	lilinareso@unal.edu.co	9609	0	1	2021/07/08	1052600657

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	147.400	0		0		0	147.400	0	0	0	147.400	0		0	0	147.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	188.700	0	0	0	0	0	0	188.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	6.200		0	0	6.200

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	6.200		0	62	6.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	188.700	188.700
SALUD	147.400	147.400
RIESGOS LABORALES	6.200	6.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	342.300	342.300

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																		VALOR IBC				SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1024535203	LINARES OSMA LUIGI LEONARDO	EPS008	230301			X																	1.179.000	1.179.000	0	1.179.000	0			188.700	0	0	147.400	0

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LUIGI LEONARDO LINARES OSMA**, identificada con **CC** número **1024535203**, aportó por el empleado **LINARES OSMA LUIGI LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **1024535203** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 04 - 2021 y 05 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS		X														0		5	$151,421	0.12500	$19,000	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50630076	6/10/2021 12:00:00 AM	NO
230301	Porvenir		X														0		5	$151,421	0.16000	$24,300	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50630076	6/10/2021 12:00:00 AM	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		X														0		5	$151,421	0.00522	$800	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50630076	6/10/2021 12:00:00 AM	NO
EPS008	Compensar EPS			X													0		30	$1,179,000	0.12500	$147,400	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51846413	7/8/2021 12:00:00 AM	NO
230301	Porvenir			X													0		30	$1,179,000	0.16000	$188,700	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51846413	7/8/2021 12:00:00 AM	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			X													0		30	$1,179,000	0.00522	$6,200	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51846413	7/8/2021 12:00:00 AM	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **10** días del mes **Julio**de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.