Instituto Municipal de Cultura, Recreación y Deporte de Zipaquirá

FORMATO CUENTA DE COBRO
PAGO CONTRATISTAS

FECHA: 8-May-23

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO CHAVEZ SALAS	C.C.	2.986.989	TELÉFONO	3203398723
Correo electrónico contratista:	JHOCHAIMRD2@GMAIL.COM	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Clasificación Persona Natural	EMPLEADO-CONTRATISTA	Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	
		Tipo de Cuenta AHORRO	Nº Cuenta	94656709680	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº CONTRATO	86	Nº DISPONIBILIDAD	2023000170	Nº REGISTRO PPTAL	2023000142

Valor Inicial del Contrato	$ 12.872.748	N° Pago	%AVANCE	Periodo objeto de pago				VALOR PAGO MENSUAL	
Adición	$ -								
Valor Total del contrato	$ 12.872.748	2	33,33%	del	27-Mar-23	al	26-Apr-23	$	2.145.458
Pagos realizados	$ 2.145.458								
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.581.832								

DESCRIPCION DEL OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA PROMOCION Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROGRAMA ZIPAQUIRA TIERRA DE CAMPEONES EN LA DISCIPLINA DEPORTIVA DE FUTBOL SALA Y APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMCROZ	PROYECTO ASOCIADO A ESTE PAGO BPIN 2022258990062 Implementacion del programa Zipaquirá tierra de campeones en el municipio de Zipaquirá Cundinamarca

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.145.458	TARIFA ICA (1X1.000-7X1.000)		ESTAMPILLAS		OTRAS		VALOR A PAGAR	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.145.458	$ 0,007	$ 15.018	0,0%	-	0,0%	-	$	2.130.439

SON: DOS MILLONES CIENTO TREINTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	1738665367

DATOS SEGURIDAD SOCIAL						
EPS	SURA	FONDO DE PENSIONES	PROTECCION	POSITIVA	OTRO	0

IBC	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -
Otros	$ 0
ARL	$ 28.300

OBSERVACIONES: ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO/SEGÚN INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ADJUNTO

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual de acuerdo al informe anexo
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato
3. Pertenezco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación Persona Natural/contratista "
4. Toda la información aquí suministrada es verídica
5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados
6. NO he contratado o vinculado dos o mas trabajadores asociado a mi actividad para cumplir con el objeto de este contrato.
7. He actualizado el RUT de acuerdo a las disposiciones legales en materia tributaria.
8. Conozco las fechas de pago establecidas por la entidad y en caso de no cumplir con dichos plazos, acepto las consecuencias causadas por el incumplimiento.

JHON JAIRO CHAVEZ SALAS
EL CONTRATISTA

VERSION FINAL

PA-FT-08-01 Vers 05

IMCROZ 0530

8 MAI 2023 p:9:41

Powered by CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

[redacted]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION — CEDULA DE CIUDADANIA — NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE O RAZON SOCIAL
CIUDAD Y MUNICIPIO — CIUDAD — DEPARTAMENTO
DIRECCION — CALLE O AV — TELEFONO
TIPO APORTANTE — INDEPENDIENTE — CLASE APORTANTE
TIPO EMPRESA — PRIVADA — ACTIVIDAD ECONOMICA
FORMA DE PRESENTACION — UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF: IRREGULARIDAD TRIBUTARIA

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

1738865367 — TIPO DE PLANILLA — MES — PAGO ANO
PERIODO COTIZACION SALUD
NUMERO AUTORIZACION

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
2302/1	23 COLFONDOS PROTECCION	1	$ 140.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR AERES	MORA COTIZACION	MORA VALOR AERES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS01	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL PENSION ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR AERPS	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF	IBC	ADMIN	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 29858[illegible]	[illegible]	DEPENDIENTE		$ 1.160.000		NO	23 COLFONDOS PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	SURAMERICANA DE Servicios S DE SALUD	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 358.900**

Powered by CamScanner

Yo, Jhon Jairo Chavez Salas identificado(a) con documento de identidad No. 2986989 de **COGUA**, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016, decreto 2105 de 2016, de manera libre y espontánea bajo gravedad de juramento, manifiesto que:

1. Según el articulo 17 de la ley 1819 de 2016 que modifica el artículo 383 del Estatuto tributario nacional para efectos de la depuración como independiente me acojo a las siguientes cedulas:

Rentas de trabajo (Salarios, comisiones, honorarios y servicios) Art.103 ET.....____
Pensiones Art 241 N1 ET.....____
Rentas de capital (Intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías, explotación de propiedad intelectual) Art.241 N2 ET.....____
Rentas no laborales (Honorarios de quienes contraten más de 2 trabajadores) Art.241 N2 ET .....____
Dividendos y participaciones Art.242 ET .....____

2. Si la respuesta son rentas de trabajo declaro que mis deducciones son:

Ingresos NCRNGO Aportes obligatorios de salud y pensión

Planilla No: 1738665367 valor a cobrar por mes $2.145.458

Periodo Cotizado	Nombre de la Entidad		Valor Aportante	Valor Total Aportes
MARZO	Salud	SURA	$145000	$330600
	Pensiones	PROTECCION	$185600	

El aporte realizado por concepto de ARL: Entidad __POSITIVA_____Valor $28300

3. Solicito acogerme a una tarifa de retención en la fuente superior
SI ☐ NO ■ A cuál _____

4. Estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior
SI ☐ NO ■

5. Así mismo de otra parte certificó que pertenezco a:
Régimen simplificado ■ Régimen común ☐

Estoy obligado a facturar:
SI ☐ NO ■

6. Mi código de actividad económica establecida en el RUT conforme a los códigos CIIU es 9319

Esta declaración la hago a los 08 días del mes Mayo del año 2023 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 (Prohibición de declaraciones extra juicio) del decreto 19 de 2012, con destino al IMCRDZ para que se realice los efectos legales.

Firma: _____
Jhon Jairo Chavez Salas
C.C No 2986989

Powered by CamScanner