Instituto Municipal de Cultura Recreación y Deporte de Zipaquirá

# FORMATO CUENTA DE COBRO
# PAGO CONTRATISTAS

FECHA: 1-Jun-23

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: | DANIEL ESTEBAN BRICEÑO GARCIA | C.C. | 1.075.672.608 | TELÉFONO | 3142734827 |
| Correo electrónico contratista: | CLUBOLYMPUSD.Z@GMAIL.COM | Es declarante de renta? | NO | Es Pensionado? | NO |
| Clasificación Persona Natural | EMPLEADO-CONTRATISTA | Banco al cual consignar: | | BANCOLOBIA | |
| | | Tipo de Cuenta: AHORRO | Nº Cuenta | 33287068072 | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| Nº CONTRATO | 142 | Nº DISPONIBILIDAD | 2023000182 | Nº REGISTRO PPTAL | 2023000156 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Inicial del Contrato | $ 12.872.748 | N° Pago | %AVANCE | Periodo objeto de pago | | | | VALOR PAGO MENSUAL | |
| Adición | $ - | 3 | 50,00% | del | 2-May-23 | al | 1-Jun-23 | $ | 2.145.458 |
| Valor Total del contrato | $ 12.872.748 | | | | | | | | |
| Pagos realizados | $ 4.290.916 | | | | | | | | |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 6.436.374 | | | | | | | | |

## DESCRIPCION DEL OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA PROMOCIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROGRAMA ZIPAQUIRA TIERRA DE CAMPEONES EN LA DISCIPLINA DEPORTIVA DE FUTBOL AMERICANO Y APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMCRDZ.

**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 (3X1.000-7X1.000) | | 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

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

| Nº Planilla PILA, o , Nº Radiocación pago SS | 67580530 |
|---|---|
| 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 |

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

| EPS | SURA | FONDO DE PENSIONES | PORVENIR | POSITIVA | OTRA | COMPENSAR |
|---|---|---|---|---|---|---|

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 disminucion de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato
3. Pertenezco a la categoria descrita en la casilla "Clasificación Persona Natural/contratista"
4. Toda la información aquí suministra es veridica
5. He leido 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

DANIEL ESTEBAN BRICEÑO GARCIA

EL CONTRATISTA

VERSION FINAL

PA-FT-08-01 Vers. 05

IMCRDZ0813
1 JUN 2023 PM 4:01

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1075672608 | DANIEL ESTEBAN BRICEÑO GARCIA | | CRA 13 No 1B -31 | 3142734827 | clubolympusd 2@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 08/05/2023 | 47560530 | $382.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 145.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotizacion | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-6 | 145.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 300 | 0 | 145.900 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Codigo ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias Mora | Valor Mora Cotizacion | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-01 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 28.300 | | | | 28.300 | 1 | 100 | 28.400 | | | 283 | 28.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Codigo CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | [illegible] | 23.200 | 1 | 100 | 23.300 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 145.200 | 145.200 |
| Pensión | 1 | 145.600 | 145.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.400 |
| CCF | 1 | 23.200 | 23.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 342.300 | 342.800 |

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

Powered by CamScanner

Yo, DANIEL ESTEBAN BRICEÑO GARCIA identificado(a) con documento de identidad No. 1075672608 de **ZIPAQUIRÁ**, 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 artículo 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.....__X__
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 67580530 valor a cobrar por mes $2.145.458

| Periodo Cotizado | Nombre de la Entidad | | Valor Aportante | Valor Total Aportes |
|---|---|---|---|---|
| ABRIL | Salud | SURA | $ 145.000 | $ 382.600 |
| | Pensiones | PORVENIR | $ 185.600 | |

El aporte realizado por concepto de ARL: Entidad __POSITIVA__ Valor: $ 28.300

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 9312

Esta declaración la hago a los 1 día del mes JUNIO 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:_____
**DANIEL BRICEÑO**
C.C No 1075672608



Powered by CamScanner