FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CUENTA DE COBRO	MES	AÑO	NUMERO
	07	2023	18 de 18

FUNDACION CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO - CINDE **NIT: 860.051.550-8**

DIRECCIÓN: Calle 77 Sur 43A – 27 Sabaneta-Ant **TELÉFONO: 4448424**

DEBE A:

NOMBRE:	**MIGUEL ANGEL BALLEN PEÑA**				
	NO RESPONSABLE DE IVA				
CEDULA O NIT:	1026252098	**DV**	8	**EXPEDIDA EN:**	**Bogotá**
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CL 17ª #96g-35 ap 202			**TELÉFONO RESIDENCIA:**	3057634905
CONCEPTO:	Profesional en área de Administración en el marco del Proyecto de Inversión identificado con código BPIN 2020000100632 denominado “Fortalecimiento de capacidades de CTeI para la innovación educativa y el enriquecimiento de los ambientes en educación básica y media en instituciones oficiales rurales y urbanas de Medellín No. (**CO1.PCCNTR.3573343**)				
VALOR:	$3.997.067				
VALOR EN LETRAS:	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SESENTA Y SIETE PESOS				

He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad: SI ___ NO _X__

FIRMA:

CÉDULA No 1.026.2520.098

CINDE FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

Medellín, Julio 31 de 2023

Señores
FUNDACION CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO -CINDE
La ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente por renta y certificación de calidad de declarante del citado impuesto.

1. De manera atenta, y de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizó al sistema de seguridad social por el contrato **CO1.PCCNTR.3573343**

Para tal efecto **CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

2. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al SGSS, corresponden a ingresos provenientes de la prestación de servicios de manera personal del contrato materia del pago sujeto a revisión.

3. El valor para disminuir de la base de retención en la fuente corresponde, al periodo que origina el pago del mes de **Junio de 2023.**

4. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla **N°69623418.** la cual adjunto a esta cuenta de cobro.

5. El monto para disminuir la base de retención en la fuente por concepto de salud y pensión, sin intereses de mora es:

SALUD	$199.900
PENSIÓN	$255.900
ARL	$8.400
CCF	$9.600
TOTAL	**$474.600**

6. Para efecto de determinación de la tarifa de la retención en la fuente por renta aplicable a los pagos del citado contrato, CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que cumplo con los topes establecidos para SI___ NO __X___ ser DECLARANTE por el año gravable 2022.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE: Miguel Angel Ballén Peña
DOCUMENTO: 1026252098

FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO - CINDE
INFORME MENSUAL CONTRATISTAS

Información del cobro	
Valor del contrato	$71.947.200,00
Valor mes	$3.997.072,00
Valor acumulado	$67.950.224,00
Saldo a favor	$0,00

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MIGUEL ANGEL BALLEN PEÑA	**CONTRATO N°**	CO1.PCCNTR.3573343	
CARGO	PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN	**PERIODO DEL INFORME**	JULIO DE 2023	
PROYECTO	Fortalecimiento de capacidades de CTeI para la innovación educativa y el enriquecimiento de los ambientes en educación básica y media en instituciones oficiales rurales y urbanas de Medellín. BPIN 2020000100632			

ACTIVIDAD DEL CONTRATO	AVANCES EN LAS ACTIVIDADES EN EL PERIODO	FUENTES DE VERIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
1.1.4. /2.1.5./3.1.6. Realizar administración	Apoyo en la preparacion del informe tecnico periodo de ejecución número 17 Junio 2023 Realización de anexos administrativos y financieros del periodo Junio asi como el acompañamiento la revision subsanaciones. Revision de la ejecucion de contratos en SECOP II y remisión de cuentas de cobro de los contratistas del proyecto Acompañamiento en el seguimiento a la ejecución planeada en formato POA y MGA vs ejecución real del proyecto. Acompañamiento administrativo a la cordinación en las reuniones generales del equipo. Revisión de la certificación de contrapartida de CINDE del mes junio 2023 Revisión de la certificación de ODP por el periodo Junio 2023	ACTA_06072023_REVISION_PREGUNTAS_ENCUENTRO_FINAL ACTA_04072023_REUNION DE EQUIPO Anexo 2. Informe Ejecucion Financiera Consolidado BPIN632 Junio 2023 Anexo 3. Informe Detallado de Gastos por Rubro Junio_2023 Anexo 4. Resumen detallado de ejecucion por entidad BPIN_632_Junio_2023		

Pago de seguridad social	Período Pagado	Número de Planilla
	JUNIO DE 2023	
Valor pagado en Salud	$199.900	
Valor pagado en Pensión	$255.900	**69623418**
Valor pagado en Riesgos	$8.400	
Valor pagado en CCF	$9.600	
Total Valor pagado	**$473.800**	

ELABORADO POR: MIGUEL ANGEL BALLEN PEÑA
FIRMA DEL CONTRATISTA

REVISADO POR:
FIRMA EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN

APROBADO POR:
CLAUDIA RODRIGUEZ CASTRILLÓN
FIRMA COORDINADOR DEL PROYECTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026252098	MIGUEL ANGEL BALLEN PEÑA	CL 17A # 96G-35 AP 202	7357087	miguelbp86@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	27/07/2023	69623418	$474.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	199.900	0		0		0	1	300	0	200.200	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 Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	255.900	0	0	0	0	1	300	0	256.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.400				8.400	1	100	8.500			84	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.600	1	100	9.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	199.900	200.200
Pensión	1	255.900	256.200
Riesgos Laborales	1	8.400	8.500
CCF	1	9.600	9.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	473.800	474.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026252098	MIGUEL ANGEL BALLEN PEÑA	CL 17A # 96G-35 AP 202	7357087	miguelbp86@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	27/07/2023	69623418	$474.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026252098	BALLEN PEÑA MIGUEL ANGEL	59	0			N																	230301	1.598.900	255.900	0	0	0	0	EPS005	1.598.900	199.900	14-11	1.598.900	1	8.400	CCF24	1.598.900	9.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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