Instituto Municipal de Cultura, Recreación y Deporte de Zipaquirá

FORMATO CUENTA DE COBRO
PAGO CONTRATISTAS

FECHA: 3-Nov-23

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO CHAVEZ SALAS	C.C.	2.986.989	TELÉFONO	3203388723
Correo electrónico contratista:	JHOCHAIMRD2@GMAIL.COM	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
		Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	
Clasificación Persona Natural	EMPLEADO-CONTRATISTA	Tipo de Cuenta	AHORRO	Nº Cuenta	94656709680

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº CONTRATO	086-2023	Nº DISPONIBILIDAD	2023000362	Nº REGISTRO PPTAL				2023000357
				Periodo objeto de pago				VALOR PAGO MENSUAL
Valor Inicial del Contrato	$ 12.872.748	N ° Pago	%AVANCE					
Adición	$ 6.436.374							
Valor Total del contrato	$ 19.309.122	8	88,89%	del	27-Sep-23	al	26-Oct-23	$ 2.145.458
Pagos realizados	$ 15.018.206							
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.145.458							

DESCRIPCION DEL OBJETO CONTRACTUAL

	PROYECTO ASOCIADO A ESTE PAGO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA PROMOCIÓN 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 IMCRDZ	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 treita mil cuatrocientos treita y nueve pesos.

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radiocación pago SS	7899243767	DATOS SEGURIDAD SOCIAL					
		EPS	SURA	FONDO DE PENSIONES	PROTECCION	POSITIVA	OTROS	N/A

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	$ 12.200

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 categoria descrita en la casilla "Clasificación Persona Natural/contratista "
4. Toda la información aquí suministra 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

IMCPDZ 5745

3 NOV 2023 9:11:53

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]6989
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JHON JAIRO CHAVEZ SALAS
CIUDAD MUNICIPIO:	COGUA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCION	CALLE 9 4 42	TELÉFONO:	[illegible]3388
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades deportivas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	7899243767	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO 2023
DÍAS DE MORA	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN	236977076

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 185.600	[illegible]	$ 185.800
SUBTOTALES:										$ 185.600	[illegible]	$ 185.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 145.000	$ 200	$ 0	$ 145.200
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 200	$ 0	$ 145.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 100	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 100	$ 0	$ 28.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC [illegible]86989	CHAVEZ SALAS JHON JAIRO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.160.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000

ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	[illegible]	$ 28.300

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 359.400

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

Instituto Municipal de Cultura, Recreación y Deporte de Zipaquirá	DETERMINACION CATEGORIA TRIBUTARIA DECRETO 2105 22/12/16 LEY 1819 DE 2016	GOBIERNO MUNICIPAL ZIPAQUIRA CALIDAD DE VIDA

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 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.....____
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: 7899243767 valor a cobrar por mes $2.145.458

Periodo Cotizado	Nombre de la Entidad		Valor Aportante	Valor Total Aportes
SEPTIEMBRE	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_____

Esta declaración la hago a los 03 días del mes Noviembre 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