

Medellin, **01 de Noviembre de 2023**

CUENTA DE COBRO No. **2**

LA INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
NIT 890980134-1

DEBE A:
JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ
Cedula: 80.018.083 - 1

La suma de:
CINCO MILLONES DE PESOS
\$5.000.000

POR CONCEPTO DE:

Segundo pago por los servicios prestados en el mes de **Septiembre** de **2023** pactado en el contrato No.**CMA-CD-16757-97989-3-2023** celebrado el **03 de Agosto de 2023**, como **Profesional lider componente Urbano** con cargo al contrato/convenio **4600097989 de 2023**, celebrado entre la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia y **DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN** .

Favor consignar en la cuenta **Ahorros** No. **4862106615** de **Colpatria**

Atentamente,



JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ

Cedula: 80.018.083 - 1

Dirección : Av 13 # 4 -16 AP 711

Teléfono : 3174002381

Celular : 3174002381

Registro Presupuestal No.	7613
Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.	1416

Medellin, **01 de Noviembre de 2023**

Señores
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
Ciudad

Asunto: Declaración juramentada para disminuir la base gravable con el pago de seguridad Social y para la aplicación de la retención en la fuente por renta.

De acuerdo con lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto Nacional 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizo al sistema de seguridad social por el contrato No.

CMA-CD-16757-97989-3-2023

Para tal efecto certifico bajo la gravedad del juramento que:

a) Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a revisión

b) El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponden al periodo que origina el pago del mes de:

Septiembre de 2023

c) Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla anexa, la cual corresponde a este contrato.

d) El monto para disminuir la base de retención en la fuente por concepto de Salud y Pensión, sin interés de mora es:

Salud	250000
Pensión	320000
ARL	48720
Total	618720

Adicionalmente, certifico que los aportes que estoy realizando al sistema de seguridad social, corresponde a la suma de los ingresos bases de cotización (IBC) de la totalidad de los contratos que tengo vigentes.

Las obligaciones tributarias corresponden a las relacionadas en el registro único tributario (RUT) presentado para la suscripción del contrato vigente; en caso de que estas obligaciones cambien, se notificará oportunamente a la Institución mediante copia del RUT actualizado.



JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ
Cedula 80.018.083 - 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80018083	JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ		cl. 71 b. n. 81-51	4764680	guiadeturismo78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2023-09	2023-09	I	12/10/2023	70968764	\$989.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	399.800	0		0		0	0	0	0	399.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	511.700	0	0	0	0	0	0		511.700	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	77.900				77.900	0	0	77.900			779	77.900	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

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	399.800	399.800
Pensión	1	511.700	511.700
Riesgos Laborales	1	77.900	77.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	989.400	989.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80018083	JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ		cl. 71 b. n. 81-51	4764680	guiadeturismo78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-09	2023-09	I	12/10/2023	70968764	10
					TOTAL A PAGAR
					\$989.400

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONSECCO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	80018083	GARCIA MUÑOZ JUAN PABLO	59	0			N																	25-14	3.197.840	511.700	0	0	0	0	EPS008	3.197.840	399.800	14-11	3.197.840	3	77.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ	NIT:	80018083
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2023
Número de Radicación:	70968764	Total a pagar:	\$989,400
Fecha de vencimiento:	20/10/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	12/10/2023	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	SCOTIABANK COLPATRIA	Número Autorización:	215150706
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$77,900
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$511,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$399,800
						\$989,400

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA	SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO PROFESIONAL Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN GJ-FR-005		
	Versión: 03	Fecha: 09-02-2023	Página: 1 de 1

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL NÚMERO:		1	
ÁREA O PROCESO:	EXTENSIÓN ACADÉMICA Y PROYECCIÓN SOCIAL	No CONTRATO:	CMA-CD-16757-97989-3-2023
NOMBRE CONTRATISTA:	JUAN PABLO GARCIA	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80018083
ACTIVIDADES ESPECIFICAS (Deben ser coherentes con el objetivo general que se pretende lograr)	*METAS O PRODUCTOS (Deben ser consecuencia directa de las actividades específicas, describiendo los productos entregados, bien sea en cantidad, calidad y tiempo)	PORCENTAJE DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD (El porcentaje de cumplimiento de las actividades es acumulativo hasta llegar al 100% del cumplimiento del objetivo general)	
1. Realizar descripción de la zona delimitada y análisis de flujos turísticos presentes en la zona de estudio	Se realiza el mapeo de la zona objeto de estudio y se analizan los flujos turísticos que circundan esta zona	15%	
2. Presentar documento como prueba piloto de capacidad de carga que permita la validación de la metodología a desarrollar en la zona de influencia de las escaleras eléctricas.	Se presenta informe técnico como prueba piloto de capacidad de carga facilitando la validación de la metodología	20%	
3. Entregar documento con el proceso de aplicación y resultados finales del estudio de capacidad de carga en la zona.	Se esta diseñando documento con proceso de aplicación y resultado de cc	8%	
4. Entregar documento con la propuesta de operación turística en la zona, diseñado y validado con la comunidad.	Se esta diseñando documento con la propuesta de operación turística en la zona.	5%	
5. Realizar charlas técnicas sobre gestión turística o temáticas afines que contribuyan a la capacitación de los actores comunitarios relacionados con el convenio.	Se han realizado charlas técnicas sobre la gestión del turismo aportando a la capacitación de los actores comunitarios	9%	
TOTAL SEGUIMIENTO AL AVANCE CONTRACTUAL:			57%

*De acuerdo con el plan de trabajo algunas metas serán de cumplimiento acumulativo y otras de cumplimiento inmediato.

ANTECEDENTES: Contrato en condiciones normales y buena ejecución

DESCRIPCIÓN DEL PAGO	
Se autoriza el desembolso del pago correspondiente al periodo:	mes de agosto
VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO:	\$ 5,000,000

EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:					17,500,000
VALOR TOTAL	ADICIONES	REDUCCIONES	No DE PAGOS	FORMA DE PAGO ESTIPULADA EN EL CONTRATO	PAGOS AUTORIZADOS
			1	\$ 5,000,000	\$ 5,000,000
			2	\$ 5,000,000	\$ 5,000,000
			3	\$ 5,000,000	
			4	\$ 2,500,000	
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
			11		
			12		
				17,500,000	10,000,000
17,500,000	-	-		% EJECUCIÓN	57%

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
Nombre del supervisor:	GENTIL EDUARDO CÓRDOBA RIVERA MARIA ALEJANDRA GALLON			
Cargo del supervisor:	Supervisor Apoyo a la Supervisión			
Observaciones del supervisor:	El contratista cumplió a satisfacción el objeto contractual y las metas propuestas por el supervisor para el periodo de la ejecución reportada en el presente informe.			
Revisado y aprobado para pago:	SI	X	NO	
¿Se ha materializado los riesgos de contratación?	SI		NO	X
Justificación (en caso de ser afirmativo el riesgo):				

El supervisor certifica que la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo. Igualmente certifica que el contratista dio cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes Sistema General de Seguridad Social de conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. Adicionalmente certifico que los documentos anexos relacionados a este pago, fueron verificados y validados en todo su contenido.





Firma del Contratista

Firma Interventor o Supervisor