Medellin, **30 de Noviembre de 2023**

CUENTA DE COBRO No. **4**

LA INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
NIT 890980134-1

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

La suma de:
DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
$2.500.000

POR CONCEPTO DE:

Cuarto pago por los servicios prestados en el mes de **Noviembre** 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 3
Teléfono : 3174002381
Celular : 3174002381

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

Medellin, **30 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 articulo 4 del Decreto Nacional 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retencion 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:

Noviembre 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	145000
Pensión	185600
ARL	28258
Total	358858

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.

JPGM

JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ
Cedula 80.018.083 - 1

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2023-11	2023-11	I	24/11/2023	72665970		$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	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	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

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
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2023-11	2023-11	I	24/11/2023	72665970		$989.400

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	Exonerado	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	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

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ**, identificada con **CC** número **80018083**, aportó por el empleado **JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ**, identificado(a) con **CC** número **80018083** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **72665970** para el periodo de salud **2023-11** y pensiones **2023-11** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0															0		30	$3.197.840	0,16000			$511.700	$0	$0	Noviembre - 2023	72665970	24/11/2023	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$3.197.840	0,02436	3		$77.900	$0	$0	Noviembre - 2023	72665970	24/11/2023	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$3.197.840	0,12500			$399.800	$0	$0	Noviembre - 2023	72665970	24/11/2023	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 23 días del mes Noviembre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JUAN PABLO GARCIA MUÑOZ	**NIT:**	80018083
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2023
Número de Radicación:	72665970	**Total a pagar:**	$989,400
Fecha de vencimiento:	21/12/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	24/11/2023	**Número de Administradoras:**	3

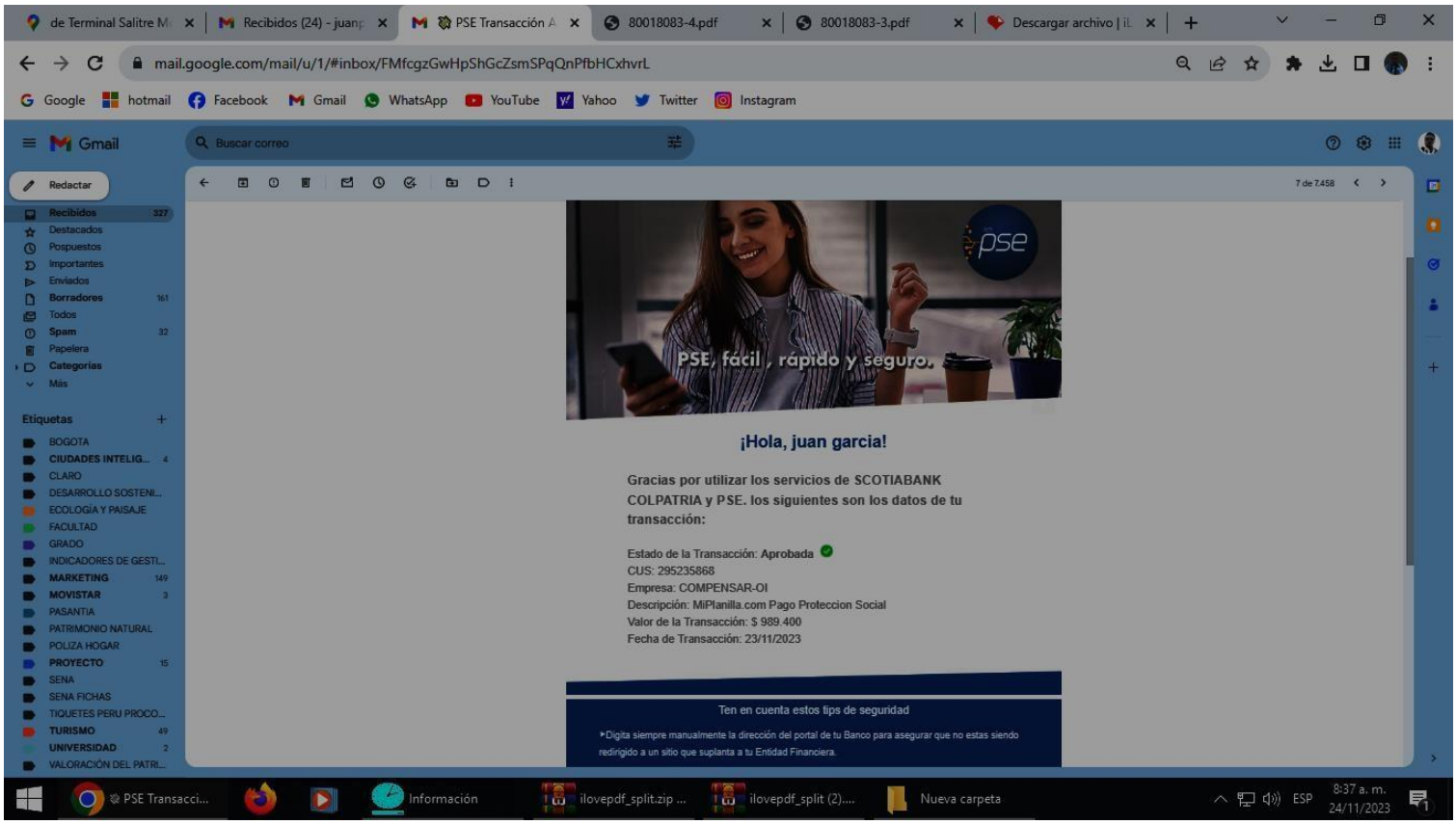
Detalles del pago

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:**	295235868
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.**

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


PSE, fácil , rápido y seguro.
¡Hola, juan garcia!
Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:
Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 295235868
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 989.400
Fecha de Transacción: 23/11/2023
Ten en cuenta estos tips de seguridad
►Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

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:	4		
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 especificas, 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 la delimitación y se analizan los flujos turísticos presentes en la zona de estudio	20%
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.	Proceso de diseño de documento con prueba piloto donde se establece la capacidad de carga turística	20%
3.Entregar documento con el proceso de aplicación y resultados finales del estudio de capacidad de carga en la zona.	Proceso de diseño de documento con proceso de aplicación y resultados finales del estudio de capacidad de carga	20%
4.Entregar documento con la propuesta de operación turística en la zona,diseñado y validado con la comunidad.	Proceso de diseño de documento con propuesta de operación turística	20%
5.Realizar charlas técnicas sobre gestión turística o temáticas afines que contribuyan a la capacitación de los actores comunitarios relacionados con el convenio.	Se realizan charlas técnicas de socialización con los actores locales sobre diferentes temáticas	20%
	TOTAL SEGUIMIENTO AL AVANCE CONTRACTUAL:	100%

*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 noviembre de 2023	
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	$ 5.000.000
			4	$ 2.500.000	$ 2.500.000
			5		
			6		
			7		
			8		
			9		
			10		
			11		
			12		
				17.500.000	**17.500.000**
17.500.000	**-**	**-**		**% EJECUCIÓN**	**100%**

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.

JPGA

Firma del Contratista

Firma Interventor o Supervisor