Radicado
3218-2023
26-12-23

Cajicá, 26 de diciembre de 2023

CUENTA DE COBRO No. 11

SEÑORES:

MUNICIPIO DE CAJICA

NIT: 899.999.465-0

DEBE A:

Brayan Hernán Saavedra Hurtado

C.C 1.015.436.364 de Bogotá.

Por concepto de PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA GENERAL PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MEDIANTE EL ANALISIS DE RIESGOS Y ANALISIS DEL SECTOR RELATIVO AL OBJETO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES A CARGO DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL MUNICIPAL DE CAJICÁ, según contrato de prestación de servicios No. 031-2023, por el periodo del 24 de noviembre al 23 de diciembre de 2023.

- Por valor de tres millones doscientos mil pesos moneda corriente ($3.200.000)

Por favor consignar a la cuenta de ahorro Bancolombia numero 68399957978

Cordialmente,

Brayan Hernán Saavedra Hurtado
C.C 1.015.436.364 de Bogotá.
Calle 6 # 9-09 Sesquilé Cundinamarca
Tel: 314-257-9126

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-12-01, 12:17:11 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1059019430

Periodo Cotización 202311 **Periodo Servicio** 202311

PAGADA 2023-11-30 09:55:23.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BRAYAN HERNAN SAAVEDRA HURTADO				
Documento	CC 1015436364				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Dirección**	AV. CALLE 6 ESTE #09 - 09 CASA 48		
Tipo Persona	NATURAL	**Teléfono**	3142579126		
Ciudad	SESQUILE	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Representante Legal		**Departamento**	CUNDINAMARCA		
		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1015436364		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					SAAVEDRA HURTADO BRAYAN HERNAN	25736000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	0

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud					
			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
		$ 2.200.000	230301		16 %	$ 2.200.000	$ 352.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 2.200.000	$ 275.000	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-23	1	0,522 %	$ 2.200.000	$ 11.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 275.000	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 638.500

Cajicá, 26 de diciembre de 2023

Señores
SECRETARIA DE HACIENDA
Municipio de Cajicá.
Ciudad

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Yo, BRAYAN HERNAN SAAVEDRA HURTADO identificado con la cédula de ciudadanía 1.015.436.364 expedida en Bogotá, con actividades económicas (CIIU) 7020 y 7912, declaro que actualmente tengo suscrito el Contrato de Prestación de Servicios No.031-2023 de fecha 24/01/2023

El pago de seguridad social, se realizó a través de Planilla No. 1059019430

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR DEL APORTE	VALOR PAGADO PLANILLA
Noviembre 2023	Salud	**Famisanar**	$257.000	$638.500
	Pensión	**Porvenir**	$352.000	
	ARL	**Sura arl**	$11.500	

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016 (modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo la gravedad de juramento **(marque con una X)** que:

Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por s
servicios personales, declaro que:

SI	NO	PREGUNTA
	X	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.
	X	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un período inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
	X	De conformidad con el parágrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6% ,4% según aplique) a la determinada en el punto anterior (Depuración).
	X	Estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación – SIMPLE
	X	Soy responsable de IVA, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 437 del Estatuto Tributario Nacional.

Cordialmente,

Huella:



Firma

C.C. No. 1.015.436.364 de Bogotá