Medellín, 1 de Diciembre de 2023

CUENTA DE COBRO No. 03

LA SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES SAS

NIT: 900.265.408-3

Debe a:

PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA
Identificada con número de cédula de ciudadanía No. 43.840.944 de Itagui

Por concepto de:

Ejecución del contrato de prestación de servicios No. 090 -2023, cuyo objeto consiste en "Prestar servicios profesionales para realizar la gestión jurídica y administrativa para la recuperación de los activos y procesos relacionados con la disposición final o provisional de los activos. durante el periodo comprendido entre el 01 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023 por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS ($5.564.871) M/CTE

Favor efectuar el pago: A la cuenta de ahorros No. 71645260749 de BANCOLOMBIA

Cordialmente,



_____

Nombre: PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA
Numero de documento: 43840944
Dirección: CARRERA 80 A # 40-74
Numero de celular: 311-3356525
Correo electrónico: pjaramillo@saesas.gov.co

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEDUCCIONES MENSUALES PARA CONTRATISTAS QUE CLASIFIQUEN EN LA CATEGORÍA TRIBUTARIA DE EMPLEADO

Yo PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA, identificada con cédula de ciudadanía No. 43.840.944, expedida en Itagüí (Ant), en mi calidad de persona natural me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago objeto de esta declaración:

Que para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del Estatuto Tributario y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social corresponden a los ingresos del Contrato de Prestación de Servicios No. 090-2023, con un ingreso base de cotización de $2.225.948, que corresponde al 40% del pago por valor $**5.564.871**, aportando un valor total de **$646.200** los cuales se discriminan así:

CONCEPTO	(NOVIEMBRE) 2023
Por concepto de Salud	$278.300
Por concepto de Pensión	$356.200
Por concepto de ARL	$ 11.700

Cabe resaltar que estos pagos SI se deducen de la base para aplicar la Retención en la Fuente y fueron pagados bajo la planilla o autorización No. **72722955** (Se anexa planilla).

Acogiéndome al beneficio del artículo 126-1 y 126-4 del Estatuto Tributario, solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique el descuento sobre los valores a cancelar de la siguiente manera:

Concepto	Nombre Entidad	Número De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013, intereses de vivienda y medicina prepagada.

Concepto Solicitado	SI	NO
Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo con la certificación que se adjunta		X
Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo con la certificación que se adjunta de la Entidad Promotora de Salud.		X

Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013; por concepto de dependientes del 10% hasta un máximo de 32 UVT, así:

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por dependientes de acuerdo con la siguiente relación de conformidad con el parágrafo 4to del Decreto 0099 de 2013, así

Tipo de Documento Identificación	Número Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

Condición	Marque (X)
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	
Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	
El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y,	
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	

En constancia de lo anterior se firma el uno (01) día del mes de diciembre de 2023.

Firma 

Nombre: PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA

Documento de Identificación 43840944

Dirección: CRA 80 A # 40-74

Correo electrónico pjaramillo@saesas.gov.co

Teléfono 311-3356525

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS
PERSONAS NATURALES

Conforme a la Reforma Tributaria Ley 2010 de 2019

Yo, PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 43.840.944, manifiesto, bajo la gravedad de juramento que:

1. De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 18 que adiciona el artículo 388 del Estatuto Tributario SI___ NO_X___ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad.

2. Que según el artículo 4 de la Ley 2010 de 2019 que adiciona el artículo 437 del Estatuto Tributario en su parágrafo 3., pertenezco al régimen de impuesto a las ventas, No responsable X___ Responsable ___.

   Condiciones para ser responsable de IVA, lo que obliga a expedir factura de venta con Iva.

   - ✓ Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT. ($148.442.000,00).

   - ✓ Que no tengan más de un establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio donde ejerzan su actividad.

   - ✓ Que no hayan celebrado en el año inmediatamente anterior ni en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT. ($148.442.000).

   - ✓ Que el monto de sus consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras durante el año anterior o durante el respectivo año, provenientes de actividades gravadas con el impuesto sobre las ventas (IVA), no supere la suma de 3.500 UVT. ($148.442.000,00).

3. SI____ NO__X___ soy Declarante del Impuesto de Renta por el Año gravable 2022.

4. SI____ NO__X___ tengo personas dependientes a cargo según lo previsto el en Parágrafo 2, Articulo 387 del Estatuto Tributario y Ley 1607 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios.

En constancia de lo anterior se firma el día UNO (01) de Diciembre de 2023.

Firma 

Nombre: PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA

Documento de Identificación: 43.840.944

Dirección Carrera 80 A # 40-74 apto 202

Correo electrónico: pjaramillo@saesas.gov.co

Teléfono 311-3356525

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA**, identificado con **CC** número **43840944**, aportó en nombre de **PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA**, identificado(a) con **CC** número **43840944** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2023-11** y salud **2023-11** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones															0		30	$2.225.948	$356.200	$0	$0	Noviembre - 2023	72722955	27/11/2023	N
EPS010	EPS Sura															0		30	$2.225.948	$278.300	$0	$0	Noviembre - 2023	72722955	27/11/2023	N
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS															0		30	$2.225.948	$11.700	$0	$0	Noviembre - 2023	72722955	27/11/2023	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Noviembre de 2023

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	43840944	PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA	calle 12 #7C-84- Edificio MALUA -Apt 103	3113356525	pauli.ja@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		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	27/11/2023	72722955	$646.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	278.300	0		0		0	0	0	0	278.300	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	356.200	0	0	0	0	0	0		356.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.700				11.700	0	0	11.700			117	11.700	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	278.300	278.300
Pensión	1	356.200	356.200
Riesgos Laborales	1	11.700	11.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	646.200	646.200

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	43840944	PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA	calle 12 #7C-84- Edificio MALUA -Apt 103	3113356525	pauli.ja@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		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	27/11/2023	72722955	$646.200	

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	Estornado	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	43840944	JARAMILLO ZAPATA PAULA ANDREA	59	0			N																	25-14	2.225.948	356.200	0	0	0	0	EPS010	2.225.948	278.300	14-23	2.225.948	1	11.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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:	PAULA ANDREA JARAMILLO ZAPATA	**NIT:**	43840944
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2023
Número de Radicación:	72722955	**Total a pagar:**	$646,200
Fecha de vencimiento:	13/12/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	27/11/2023	**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:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	299929630
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$11,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$356,200
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$278,300
						$646,200

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

PAGADA

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