

Bogotá, 30 enero de 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA
NIT 899999716-4

DEBE A:

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
Rut N° 1.072.190.450

Contrato N° 044 de 2023

LA SUMA DE SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$6.500.000)

CONCEPTO DEL PAGO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESORA CONTABLE Y FINANCIERA DE LA UNIDAD N° 08 DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA EN LAS DIFERENTES TAREAS Y ACTIVIDADES PROPIAS QUE SE DESARROLLAN EN LA UNIDAD.

CERTIFICO QUE EL 80% O MAS DE MIS INGRESOS BRUTOS, PROVIENEN DE SERVICIOS PERSONALES, MEDIANTE EL EJERCICIO DE PROFESIONES LIBERALES O SERVICIOS TECNICOS QUE NO REQUIERAN LA UTILIZACION DE MATERIALES O INSUMOS ESPECIALIZADOS O DE MAQUINARIA O EQUIPO ESPECIALIZADOS, SEGÚN ARTICULO 1 DECRETO 099 DE ENERO 25 DE 2.013.

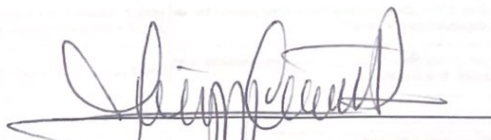
Dirección: CRA 7 N 5 A 05

TELEFONO:3136296947

AUTORIZO QUE MI PAGO SE REALICE EN EL BANCOLOMBIA

CUENTA DE AHORROS N°. 945320255-61

FIRMA



**ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. 1.072.190.450 DE SIBATE**

U
2012

Bogotá 30 de Enero del 2024

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo Angy Lizbeth Xiomara Catalina Camacho Castellanos, identificado con cedula de ciudadanía No. 1072190450, expedida en Sibate para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal:

SI () NO (X)

Tengo vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad económica de honorarios, comisiones o demás servicios personales prestados a su entidad y por la cual recibe la remuneración respectiva, así mismo si para la ejecución del servicio requiere utilización de materiales o insumos especializados

SI () NO (X)

Los trabajadores o contratistas mencionados en el punto anterior se encuentran contratados o vinculados a la actividad por al menos noventa (90) días continuos y discontinuos

SI () NO (X)

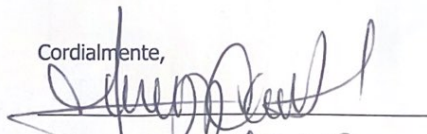
Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:

SI () NO (X)

Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. (\$191.695.745)

SI () NO (X)

Cordialmente,


cc 1072190450

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA-MES-AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA-MES-AÑO)	CANTIDAD	
				EMP. LAJOS	
				1	D
PERIODO SALUD	2023-12	PERIODO PENSIONES	1	19/12/2023	73407748
					\$652.500
					TOTAL A PAGAR

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS010	EPS Suria	800036702-2	284.000

[illegible][illegible]

Código ARL	Nombre	NT	Cotización		Aportar 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. Afiliado
			Obligatoria	Voluntaria										
14-23	Positiva Seguros	800011153-g	11,800			11,800	0	0	11,800			118	11,800	1

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

[illegible]

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0

Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor neto de los ISE, LMA, IRF y Afiliare	Total a Pagar
Salud	1	281.000	281.000
Pension	1	359.700	359.700
Riesgos Laborales	1	11.800	11.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	652.500	652.500

LIQUIDACION DE APORTES

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



compensar | miplanilla.com

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					CORREO		CIUDAD / MUNICIPIO		EXONERADO PAGO PATRISCALES Y SALUD	
CC	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO								
FORMA PRESENTACIÓN UNICA	1072190450	ANGY LIZBETH XOMARA CATALIN GUACHO	Carrera 7 No. 5a-55	3132268947				angyramacho88@gmail.com				
	1.- Independiente	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA							
E POR COTIZANTE												SI
INFORMACIÓN COTIZANTE												

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAZADOS	UMC
					1	0
			19/12/2023	73401748	TOTAL A PAGAR	
					\$652.000	

[illegible]