CUENTA DE COBRO No_02_

DOCUMENTO SOPORTE A LA NOTA DE CONTABILIDAD AUTORIZADA POR EL ARTICULO 4º. DEL DECRETO REGLAMENTARIO 380/96 DE LA LEY 223/95 SOBRE COMPRAS A PERSONAS QUE PERTENECEN AL REGIMEN SIMPLIFICADO

FECHA: Bogotá, 23 de abril de 2024

Yo JOHN JAIRO ARIAS OSORIO
Identificado (a) con la cedula de ciudadanía: 72.430.410

Manifiesto que la empresa: **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE DE PUENTE ARANDA**; NIT: 830.039.548-4

Me adeuda la suma de: $3.700.000 (Tres millones Setecientos mil pesos MCTE) **CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DEL AÑO 2024.**

Por concepto de: "Prestar los Servicios de Apoyo a la Gestión en Archivo para el Comando de Adquisiciones".

VALOR TOTAL $37.000.000 (Treinta Siete Millones) DEL CONTRATO No: 056-COADE-DICRE-CENAC PUENTE ARANDA-2024

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo con el Art. 42 del Decreto 3541 de 1983 y Art. 511 del Estatuto Tributario, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Nombres y apellidos: JOHN JAIRO ARIAS OSORIO
Identificación: 72.430.410
Lugar de Residencia: Kra 97 c 72-10 sur Apto 102 torre 10 los Condominios I del Recreo B/ bosa recreo Bogotá D.C

Firma Contratista: _____
No. Cédula 72.430.410

Bogotá D.C., 23 de abril de 2024

Señores
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE DE PUENTE ARANDA
Bogotá D.C.

YO JOHN JAIRO ARIAS OSORIO, Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 72.430.410 de Soledad (Atlántico), bajo la gravedad de juramento certifico que los $429.600, soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de **MARZO**, del año 2024 y son ingresos provenientes del contrato No.056 de fecha 06 de marzo de 2024 por Prestación de Servicios, firmado con la CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE DE PUENTE ARANDA.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto No. 2271 del 18 de julio de 2009.

Atentamente,

JOHN JAIRO ARIAS OSORIO
CC. No. 72.430.410

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72430410		ARIAS OSORIO JOHN JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 97c 72-10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7048676	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	531694969	9464256627	I	2024/04/03	2024/03/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$429,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000		$7,800		$0	$0		$429,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000		$7,800		$0	$0		$429,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000		$7,800		$0	$0		$429,600
1	CC	72430410	ARIAS JOHN								X									25-14	30	$1,480,000	$236,800	MIN001	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,000	0.522%	$7,800	0	$0	$0	No	$429,600
Total	Afiliados(1)																					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000		$7,800		$0	$0		$429,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72430410		ARIAS OSORIO JOHN JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 97c 72-10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7048676	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	531694969	9464256627	I	2024/04/03	2024/03/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$429,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,800	$0	$0	$236,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$236,800	$0	$0	$236,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$0	$0	$7,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,800	$0	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$0	$0	$185,000
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$185,000	$0	$0	$185,000
TOTAL				1	$429,600	$0	$0	$429,600

Gmail john jairo arias osorio <jhonari1981@gmail.com>

DAVIVIENDA

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com <BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com> 23 de marzo de 2024, 9:42 a.m.
Para: JHONARI1981@gmail.com

Apreciado(a) JOHN JAIRO:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****6692:

Fecha:2024/03/23
Hora:9:42:24
Valor Transacción: $429,600
Clase de Movimiento:Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE APORTES EN LINEA

BANCO DAVIVIENDA

Bogotá D.C., 23 de abril de 2024

Señores
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE PUENTE ARANDA
Ciudad

Ref.: Certificación de cumplimiento de requisitos como empleado (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013)

De conformidad con la referencia me permito manifestarle lo siguiente, bajo la gravedad del juramento.

1- Nombre del prestador del servicio	**JOHNJAIRO ARIAS OSORIO**
2- Identificación	**72.430.410**
3- Régimen del impuesto de ventas al que pertenece	**NO RESPONSABLE IMPUESTO**
4- Mes al que pertenece la certificación	ABRIL
5- Declaración de ingresos	

Los servicios que presto corresponden con los de una profesión liberal
Los servicios técnicos que presto no requieren del uso de materiales o equipo especializado
Los servicios son prestados de manera personal
Mis ingresos corresponden al 80% o más por servicios prestados de forma personal
Me encuentro dentro de la categoria de empleados de conformidad con el art. 329 del ET

6-Declaro que **NO**__X__ **SI** ___ tengo mas contratos con entidades del estado
No. del contrato entidad valor

7- Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

8- Solicito que se practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el artículo 1 del Decreto 99 de 2013, la cual será por valor de:_____

9-**SI** _X_**NO**__Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario.

Firma

CC. 72430410