| | | | |
|---|---|---|---|
| | REPÚBLICA DE COLOMBIA<br>DEPARTAMENTO DEL CAQUETA<br>MUNICIPIO DE PUERTO RICO<br>NIT. 800.095.775- 9 | FACTURA EQUIVALENTE | Pagina: 1 de 1 |
| | | Fecha de Emision: Abril del 2016 | |
| | | Municipio: Puerto Rico - Caqueta | |
| | | | Libertad y Orden |

# *DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA*

***(Art.3 Dec.522 marzo de 2.003)***

***No. Contrato: CPSAG-2024-013*** ***No. Cuenta de Cobro: 004***

Puerto Rico Caquetá, jueves, 4 de julio de 2024

| Persona natural de quien se adquieren los bienes y/o servicios | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT o C.C. No.: | 1.006.417.211 | | | NOMBRES Y APELLIDOS: | ARNOLD STIVEN MARULANDA PERDOMO | | | |
| DIRECCIÓN: | B/ AMERICAS Puerto Rico - Caquetá | | | | | TELEFONO: | 3238066742 | |
| CUENTA: | AHORROS | X | CORRIENTE | | NUMERO: | 84700030716 | BANCO | BANCOLOMBIA |
| TIPO DE CONTRATISTA: | INDEPENDIENTE | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ADMINISTRADOR DEL PUNTO VIVE DIGITAL PLUS DEL MUNICIPIO DE PUERTO RICO CAQUETÁ | | | | | VALOR TOTAL CONTRATO | $ 8.840.000,00 | |
| PERIODO DE COBRO: | 26 DE MAYO - 25 JUNIO 2024 | | | | | VALOR: | $ 2.210.000,00 | |

| APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | | |
|---|---|---|
| CLASE DE APORTE | TARIFA | VALOR |
| SALUD | 12,500% | $ 162.500 |
| PENSION | 16,000% | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES | 0,522% | $ 6.800 |
| TOTAL APORTES | | $ 377.300 |
| APORTE MINIMO SUGERIDO | | $ 377.300 |

| RETENCIONES EN LA FUENTE | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TARIFA | VALOR |
| RETENCION EN LA FUENTE | 0,00% | |
| RETENCION ICA | 1,00% | $ 22.100 |
| TOTAL RETENCIONES | | $ 22.100 |

| RESUMEN | |
|---|---|
| TOTAL CUENTA: | $ 2.210.000 |
| - RETENCIONES: | $ 22.100 |
| - ESTAMPILLAS: | $ 180.000 |
| NETO A PAGAR: | $ 2.007.900 |

| ESTAMPILLAS | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TARIFA | VALOR |
| PRO-CULTURA | 2,00% | $ 45.000,00 |
| PRO-ADULTO MAYOR | 4,00% | $ 90.000,00 |
| PRO-ELECTRIFICA RURAL | 2,00% | $ 45.000,00 |
| | | |
| TOTAL ESTAMPILLAS | | $ 180.000,00 |

**PLAN DE PAGOS**

| | |
|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | $ 8.840.000,00 |
| FECHA INICIO DE ACTIVIDADES | 26-feb-2024 |
| FECHA FINAL DE ACTIVIDADES | 25-jun-2024 |

| DIAS | RANGO DE FECHAS | | VALOR PAGO | SALDO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | $ 8.840.000,00 |
| 28 | 26/02/2024 | 25/03/2024 | $ 2.210.000,00 | $ 6.630.000,00 |
| 30 | 26/03/2024 | 25/04/2024 | $ 2.210.000,00 | $ 4.420.000,00 |
| 30 | 26/04/2024 | 25/05/2024 | $ 2.210.000,00 | $ 2.210.000,00 |
| 30 | 26/05/2024 | 25/06/2024 | $ 2.210.000,00 | |

FIRMA DEL CONTRATISTA

**C.C. No. 1.006.417.211**

FIRMA DEL SUPERVISOR

MEDINA

**C.C. No.** 1.075.317.857

Certifico que el contratista ha cumplido el objeto y las obligaciones del contrato en lo que respecta al periodo del informe y que ha hecho correctamente los aportes en salud, pensiones y riesgos laborales.