CUENTA DE COBRO No_06_

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, 29 de agosto 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 AGOSTO 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., 29 de agosto 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	AGOSTO
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

Bogotá D.C., 29 de agosto 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 $430.800, soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de **JULIO**, 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**

en línea

Resumen General de Pago

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
2024-07	2024-07	828632868	9470157124	I	2024/08/05	2024/08/08	BANCO DAVIVIENDA	3	$430,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0
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
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
1	CC 72430410	ARIAS JOHN	25-14	30	$1,480,000	$236,800	MIN001	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,000	$7,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$7,800		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

en línea

Resumen General de Pago

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
2024-07	2024-07	828632868	9470157124	I	2024/08/05	2024/08/08	BANCO DAVIVIENDA	3	$430,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,800	$600	$0	$237,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$236,800	$600	$0	$237,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,800	$100	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$500	$0	$185,500
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$185,000	$500	$0	$185,500
TOTAL				1	$429,600	$1,200	$0	$430,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

DATOS GENERALES

CIUDAD: Boota D.C **FECHA:** 29 de agosto 2024

Señores
EJÉRCITO NACIONAL
La Ciudad

Quien suscribe: JOHN JAIRO ARIAS OSORIO, mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANO, de este domicilio, identificado con cédula de ciudadanía No. 72430410 de Soledad Atlántico, actuando en nombre propio.

Declaro:

Bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

1. Datos Básicos					
Nombre y Apellidos:	JOHN JAIRO ARIAS OSORIO			Edad:	42
No. Documento:	72.430.410	Dirección:	KRA 97 C 72-10 SUR	Ciudad:	BOGOTA
Teléfono fijo:	601-7048676	Celular:	3108207994	Email:	Jhonari1981@gmail.com
Nivel de escolaridad: (Último Grado Cursado)	TECNOLOGO EN GESTION DOCUMENTAL	Pregrado:	N/A	Postgrado:	N/A
Cuenta Bancaria No.:	00269556692	Tipo:	AHORRO	Entidad y Sucursal:	DAVIVIERNDA-CAN

2. Datos Familiares					
Estado Civil:	**CASADO**			**No. de hijos:**	**2**
Nombres de los hijos:				**Identificación:**	
MARIA DE LOS ANGELES ARIAS CALVO				1.023.375.069	
SAMUEL SANTIAGO ARIAS CALVO				1.019.766.336	
Nombre y Apellidos: Cónyuge o Compañero Permanente	LILIA ESTHER CALVO SANGUINO				
No. Documento:	1.018.406.199	Dirección:	KRA 97 C 72-10 SUR	Ciudad:	BOGOTA
Teléfono fijo:	601-7048676	Celular:	3227883068	Email:	LICASAN44@HOTMAIL.COM
Labora en una Entidad:		Nombre de la Entidad:			
Publica Privada X		ROHIPS			
Es militar o civil: vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI NO X	Entidad:			
Otros familiares: vinculados bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa	SI X NO	Grado de Consanguinidad:	SEGUNDO		
		Cargo que desempeña:	SOLDADO PROFESIONAL		

3. Experiencia laboral		
Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma del SIGEP		
Entidad:	**Tipo de contrato:**	**Duración:**
CENAC PERSONAL	PRESTACION DE SERVICIO	10 MESES

4. Otros Contratos

(Laboral, obra- mano-labor, aprendizaje, ocasional de trabajo, otro.)

Entidad	Tipo de contrato	No. De contrato	Objeto	Plazo	Vlr. Total contratado

5. Contratos Vigentes					
Entidad	**Tipo de contrato**	**No. De contrato**	**Objeto**	**Plazo**	**Vlr. Total contratado**

6. Datos Generales		
Pertenezco al régimen tributario	Simple Común:	
Régimen de excepción: Pertenece a regímenes de excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de la protección social – Fondo de Solidaridad y garantía (ADRES), en las condiciones establecidas por esa Entidad.		**Aplica No Aplica**
Pago de pensión: El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)		**Aplica No Aplica**

1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre ____.
2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) _____. (Adjuntar acto administrativo)
3. Por tener derecho a pensión de vejez_____.

7. Reserva Activa		
Hace parte de la Reserva Activa	SI X NO	Indique causal de retiro:
Por solicitud propia		SI
Por cumplir dos (2) años en el Grado de General, Almirante o General del Aire		
Por llamamiento a calificar servicios.		
Por sobrepasar la edad correspondiente al grado.		
Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.		
Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio.		
Por incapacidad profesional		
Por retiro discrecional		
Por no superar el período de prueba		
Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa		
Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro		
Se ha afiliado a pensión:	SI X NO	**Entidad:** COLPENSIONES **Fecha: 17/01/2023**

8. Inhabilidades e incompatibilidades		
Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal	SI NO X	Causal:

FIRMA
JOHN JAIRO ARIAS OSORIO
C.C 72.430.410