CUENTA DE COBRO No. 03

EL INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y FOMENTO EMPRESARIAL DE BUCARAMANGA
"IMEBU"
NIT 804.014.968-1

DEBE A:

CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO

C.C. 91.288.780 DE BUCARAMANGA

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($4.200.000) COP

POR CONCEPTO DE:

TERCER PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. **CO1.PCCNTR.6718273** DE 2024, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LOS PROCESOS DE ORIENTACIÓN, ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVAN DE LOS TALLERES DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO Y EL EMPRENDIMIENTO, EN EL MARCO DEL PROYECTO: MEJORAMIENTO DE PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD DE UNIDADES PRODUCTIVAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL: 03 DE NOVIEMBRE AL 02 DE DICIEMBRE DE 2024

CUENTA DE AHORROS NO. **0392112677 SCOTIA BANK COLPATRIA**

BUCARAMANGA; DICIEMBRE 3 DE 2024.

CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO
C.C. 91.288.780 BUCARAMANGA

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	91288780	CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO		CARRERA 24 No. 51-48	3172731178	reprog@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

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	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82291777	$487.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.000	0		0		0	0	0	0	210.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	268.800	0	0	0	0	0	0		268.800	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	8.800				8.800	0	0	8.800			88	8.800	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	210.000	210.000
Pensión	1	268.800	268.800
Riesgos Laborales	1	8.800	8.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	487.600	487.600

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	91288780	CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO	CARRERA 24 No. 51-48	3172731178	reprog@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

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	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82291777	$487.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dptocode	Municip.	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Exonerado	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	91288780	ORTIZ ASCENCIO CESAR AUGUSTO	68	0			N																230301	1.680.000	268.800	0	0	0	0	EPS005	1.680.000	210.000	14-23	1.680.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Diciembre 3 de 2024 / 4:34 PM

Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento: Cédula Ciudadanía

Número de Documento: 91288780

Número de Planilla: 82291777

Fecha de pago de la planilla: Día: 3 Mes: Diciembre Año: 2024

Periodo de pago salud: Mes: Noviembre Año: 2024

Ingrese el valor total pagado de la planilla: 487600

No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas

Digite el número que aparece en la imagen: 190425 367533

Bienvenidos

Administradoras pagadas	Periodo de pago
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Noviembre - 2024
Porvenir	Noviembre - 2024
Sanitas EPS	Noviembre - 2024

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	91288780
NOMBRES	CESAR AUGUSTO
APELLIDOS	ORTIZ ASCENCIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/04/2024 09:53:04	Estación de origen:	192.168.70.220

CERTIFICADO TRIBUTARIO

Yo, CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 91.288.780 con relación contractual con el IMEBU mediante contrato de prestación de servicios; para efectos de la aplicación de la retención en la fuente, me permito informar bajo la gravedad de juramento que:

1. Que para la vigencia 2023 soy declarante del Impuesto Sobre la Renta y Complementario

SI	NO
X	

2. Que

SI	NO
	X

Hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensación por SERVICIOS PERSONALES, originados en el contrato suscrito con el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial del Municipio de Bucaramanga - IMEBU (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

OBSERVACION:
Señor Contratista, tenga en cuenta que de su respuesta depende la aplicación de la Retefuente así:

Si Le será aplicada la retención en la fuente del artículo 392 del Estatuto Tributario Nacional (retención por honorarios o servicios según corresponda.

No Le será aplicada la retención en la fuente de artículo 383 del Estatuto Tributario Nacional (tabla de retefuente para ingresos laborales)

PARA LA DEPURACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 383 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO:

1. anexo certificación de:
   - Intereses de Vivienda ó Leasing habitacional
   - Medicina prepagada ó Póliza de salud
   - Cuentas AFC

2. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1607 de 2012, tengo personas dependientes:
   (Recuerde que si presenta dependientes debe anexar los documentos que prueben el vínculo de dependencia, ver. Art. 387 parágrafo 2 E.T.)

SI	NO
	X

3. Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la Fuente, superior a la establecida, equivalente, al porcentaje de: _____ %

INFORMACIÓN ADICIONAL

4. Soy extranjero residente en Colombia:

SI	NO
	X

5. Soy Responsable del Régimen Simple de Tributación RST (Ver Artículo 903 y ss. E.T.)

SI	NO
	X

Se expide en Bucaramanga, a los TRES (03) días del mes de Diciembre de 2024

Firma del Contratista:	
Nombre:	CESAR AUGUSTO ORTIZ ASCENCIO
C.C. NO.	91.288780
CORREO ELECTRONICO:	reprog@hotmail.com
TELEFONO DE CONTACTO:	3172731178

Nota: *Tenga en cuenta que este documento debe anexarse con cada cuenta tramitada y es requisito indispensable para su trámite.*