CUENTA DE COBRO No. 3

PAGO 3 DE 4

INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN

IMER

NIT: 890985523-6

DEBE A:

Nombres y Apellidos: WILSON ALEXANDER GARCÍA ARBELÁEZ

Documento de identidad: 1.036.935.231

Dirección: Diagonal 42 N 45-18 villa de Rionegro.

Teléfono: 3203869694

Ciudad y Fecha: Rionegro - Antioquia, 02 de Diciembre del 2024

CONCEPTO	VALOR TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FACILITADOR, EN LAS ESCUELAS DE INICIACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN – IMER PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1-30 DE NOVIEMBRE DEL 2024	**$2.447.550**
VALOR TOTAL	**$2.447.550**

EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/L

CONSIGNAR EN LA CUENTA BANCARIA No: 150020220ENTIDAD_CONFIAR AHORROS: _x_CORRIENTE:____

Certifico que mis rentas clasifican en la categoría de rentas laborales acorde al art 335 del estatuto tributario; además no he vinculado trabajadores con relación a los servicios prestados(parágrafo 2 Art 383 y Art 341 del Estatuto Tributario).

SI___, NO X_, autorizo que se me practique una retención superior conforme al parágrafo 3,del Art 383 del Estatuto Tributario, siendo esta equivalente a 0%

Wilson Garcia.

FIRMA
C.C 1.036.935.231

Anexo: Planilla pago aportes EPS, Fondo de pensiones y ARL.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036935231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	DIAG 42 NO 45 18	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945910822**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1056541343

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 314.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 314.200	$ 0	$ 314.200
SUBTOTALES:										**$ 314.200**	**$ 0**	**$ 314.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 245.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 245.500	$ 0	$ 0	$ 245.500
SUBTOTALES:													**$ 245.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 245.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.500	$ 20.500	$ 0	$ 0	$ 20.500
SUBTOTALES:									**$ 20.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 20.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 39.300	$ 0	$ 39.300
SUBTOTALES:			**$ 39.300**	**$ 0**	**$ 39.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD							ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 1036935231	GARCIA ARBELAEZ WILSON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.963.575				NO																230301-PORVENIR	30	$ 1.963.575	$ 314.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 314.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.963.575	$ 245.500	$ 0	$ 245.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.963.575	103693523	$ 20.500	30	$ 1.963.575	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 39.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 619.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036935231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		WILSON ALEXANDER	GARCIA ARBELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	DIAG 42 NO 45 18	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945910822**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1056541343

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 314.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 314.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 245.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 245.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 39.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 39.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 20.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 20.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 619.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 619.500**

Planilla Pagada

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: DIANA MARCELA CARDONA BEDOYA

Nro. de recibo: 7945910822

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 10.80.25.153

Concepto: CC

Razón Social: 1036935231

Fecha y hora de la transacción: Domingo 17 de Noviembre de 2024 08:40:31 AM

Nro. de comprobante: 0000056745

Valor pagado: $ 619,500.00

Producto: *******1275

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com