JUAN MANUEL CARVAJAL LÓPEZ

Nit: 1.054.995.786-7 No Responsable del IVA
Calle18 # 8 A - 24 - Chinchiná - Caldas
Cel. 301 336 32 54 / juanmanuel.95@hotmail.com

DIA	MES	AÑO
04	04	2025

FACTURA DE VENTA Nº 33

Señor(es): Gobernación de Caldas **Tel.:** 898 2444

Dirección: Carrera 21 entre Calles 22 y 23 - Manizales **C.C. o Nit:** 890 801 052-1

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
	Acta Parcial Nº4 Contrato Prestación de Servicios		
1		4'624.686	4'624.686
	CD-SV-1605-2024-21/2024-1435		
1	Componente Variable	1'453.652	1'453.652

La presente Factura de Venta se asimila para todos sus efectos legales a Letra de Cambio, el comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor y se obliga a pagar el precio pactado aquí mismo, según Ley 1231 del 17/07/2008

TOTAL $ 6078.338

FIRMA QUIEN ENTREGA

FIRMA QUIEN RECIBE

EDITAMOS: Julia Janeth Valencia Nit. 30.399.165-2 Tel. 897 64 55 Manizales

Gobierno de CALDAS

Manizales, 04 de abril de 2025

SEÑORES
DEPARTAMENTO DE CALDAS
Secretaría de Hacienda
Manizales

ASUNTO: Aportes a la Seguridad Social Integral

Mediante la presente certificación y bajo la gravedad de juramento, yo **Juan Manuel Carvajal López** con CC. No. 1.054.995.786 de Chinchiná – Caldas.

1. Que los pagos realizados por seguridad social integral: Salud, Pensión y Riesgos Laborales de marzo de 2025, corresponde a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios CD-SV-1605-2024-21102024-1435.

2. Que mediante planilla(s) No. 85434815 correspondiente al mes de marzo de 2025, garanticé el pago sobre el 40% del valor del Contrato de Prestación de Servicios.

Cordialmente,

Juan Manuel Carvajal López
C.C. 1.054.995.786

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	1054995786	JUAN MANUEL CARVAJAL LOPEZ		Calle 18 N 8A-24	3013363254	juanmanuel.95@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CALDAS	CHINCHINÁ		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	
2025-03	2025-03	I	01/04/2025	85434815	$752.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	304.000	0		0		0	0	0	0	304.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	389.100	0	0	0	0	0	0		389.100	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	59.300				59.300	0	0	59.300			593	59.300	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	304.000	304.000
Pensión	1	389.100	389.100
Riesgos Laborales	1	59.300	59.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	752.400	752.400

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

Gobierno de CALDAS

Manizales, 04 de abril de 2025

Señores
DEPARTAMENTO DE CALDAS
Manizales

Asunto: Información solicitada por el artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016

Apreciados señores:

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 42 de la Ley 2010 de 2019:

C E R T I F I C O Q U E:

		SI	NO
1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios		X
2	Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable 2024.		X

Esta certificación se expide a los cuatro (04) días del mes de abril del dos mil veinticinco (2025)

Cordialmente,

FIRMA _____

NOMBRES Juan Manuel Carvajal López

C.C No. 1.054.995.786