

	PROCESO: GESTION FINANCIERA	CÓDIGO: FOR - GA(PPTO)-002
	ACTIVIDAD: PRESUPUESTO	VERSIÓN: 02
	FORMATO: PAGO CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIOS	FECHA: 06/12/2022
	Cuenta de Cobro	PÁGINA: 1 DE 1

ORDEN DE PAGO N° 2 DE FECHA : 29/04/2025

INFORMACION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS								
N° del contrato:	207	Fecha Inicio:	03/03/2025	Fecha Terminación:	02/11/2025	Valor del Contrato	\$ 36.000.000	
Valor Mensual	Valor Bruto	PERIODO DE PAGO				Valor de la Adición	\$ -	
\$ 4.500.000	\$ 4.500.000,00	DEL	1/04/2025	AL	30/04/2025	INFORMACION PRESUPUESTAL	Saldo del Contrato	
Total días a liquidar 30						Saldo Anterior	\$ 31.800.000	
Apellidos y Nombres del Contratista:						JHON CARLOS RINCON AGREDO	Saldo Nuevo	\$ 27.300.000
N° documento de identificación:						10.019.969	TELEFONO:	313 6635562
Dependencia:						GERENCIA		

PLANILLA PILA No.	9483238234 - 9483548351
IBC	\$ 1.800.000,0
PAGO SEGURIDAD SOCIAL SALUD	\$ 225.000,0
PAGO SEGURIDAD SOCIAL PENSION	\$ 268.000,0
ARL	\$ 8.400,0
CAJA COMPENSACIÓN	
TOTAL	\$ 522.400,0

Favor Consignar en:	
Banco	BANCO DAVIVIENDA
Tipo de Cuenta	AHORROS
Número Cuenta	" 0570166070515266 "

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

PARA LOS EFECTOS LEGALES, EL CONTRATISTA DECLARA, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma Tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, bajo la gravedad de juramento certifico que:

- Soy Declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente SI () No ()
- Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA SI () No ()
- Tengo otros contratos suscritos con el estado SI () No ()
- Pertenezco al régimen de tributación simple - RTS según lo estipulado en el RUT SI () No () (Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)
- Dando a la aplicación al artículo 9 del Decreto 2731 de 2023, manifiesto que durante la vigencia SI () No () aplicare costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el IMDRI. (Si marca "SI" se aplicara la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicara la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T
- De manera libre y espontánea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

(adjuntar según el caso: registro civil, certificado de nacimiento, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado médico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

- Realice el pago de intereses por préstamo de vivienda SI () No () . Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior. Para fines del beneficio tributario del valor deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art. 1.2.4.1.6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) Porcentaje : ____%
- Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) SI () No ()
- Realizo aportes voluntarios fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) SI () No () . Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique a nombre del titular, el número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, pensión voluntaria)
- Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud SI () No () . Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)
- Soy Pensionado SI () No () . (Adjuntar resolución o certificación de pensionado) Solo primer cuenta.
- Declaro que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

SEBASTIAN AUGUSTO PERDOMO RONDON

EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE HA VERIFICADO QUE CUMPLE CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y CON LOS REQUISITOS DEL CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. EL CONTRATISTA CERTIFICA QUE LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL REALIZADOS POR EL CONTRATISTA POR MEDIO DE LA PLANILLA RELACIONADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON CORRECTOS Y SE LIQUIDAN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES.

FIRMA

EL CONTRATISTA

JHON CARLOS RINCON AGREDO

No:

Fecha:

12 9 ABR 2025

Nota: 12:36 pm

El siguiente Registro Fiscocontrol es autorizado por el responsable del proceso y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, para garantizar el uso de la versión vigente. La copia o impresión diferente a lo publicado, será considerada como documento no controlado y de uso indebido, misma de responsabilidad de la Entidad. COPIA CONTROLADO