# Factura electrónica de venta N°: FE 223

**ALMIGHTY SPORT BRAND**
901.217.686-3
Carrera 9 # 14 - 79
Chía - Colombia
(+57) 3102556604
cv.almighty@gmail.com

**Cliente:** Instituto Municipal de Deporte y Recreación de Cajicá
**Nit:** 800.185.515-7
**Teléfono:** (57) 3133337759 - Ext. 000
**Dirección:** BRR Coliseo Cubierto de Cajicá - DG 2 7 80
**Correo:** financiera@insdeportescajica.gov.co

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 21/08/2025, 15:48 |
| **Expedición** | 21/08/2025, 15:48 |
| **Vencimiento** | 21/08/2025 |
| **Vendedor** | Carlos Eduardo Vargas |
| **Centro de costo** | 0 |
| **Cotización** | |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTACION DE SERVICIOS DE USO DE LOS ELEMENTOS DEPORTIVOS PARA LOS PROGRAMAS DE GIMNASIA Y PORRISMO QUE HACEN PARTE DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN POLIDEPORTIVA EN ARAS DEL FORTALECIMIENTO Y BENEFICIO DE LOS DEPORTISTAS Y/O USUARIOS DE INSDEPORTES CAJICÁ DURANTE EL MES DE AGOSTO | 1.00 | 8,568,000.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Ocho millones quinientos sesenta y ocho mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 8,568,000.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 7,200,000.00 |
| **IVA 19%** | 1,368,000.00 |
| **Total a Pagar** | 8,568,000.00 |

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764082834369 aprobado en 20241105 prefijo FE desde el número 201 al 500 Vigencia: 12 Meses** - Actividad Económica 7721 Alquiler y arrendamiento de equipo recreativo y deportivo Tarifa

**CUFE:**
28395b171801999b60802c11633227ac10dc956aed18a425f5931e76da9a0f80b36d88c5aad80deb4c41975f1e0c8f7b

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Elaborado por | Firma recibido |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 35409808 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MYRIAM RODRIGUEZ HURTADO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CHIA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CL 15 12-23 | TELÉFONO: | 8852185 |
| 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: | | **4614810668** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 14 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/08/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9993699453 |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 178.000 | $ 1.600 | $ 0 | $ 179.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 1.600** | **$ 0** | **$ 179.600** |

**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 | $ 7.500 | $ 7.500 | $ 100 | $ 0 | $ 7.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.500** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 7.600** |

**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 | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 1 | CC 35409808 | RODRIGUEZ HURTADO MYRIAM | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | REQ CUMP PENS | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.423.500 | 35409808 | $ 7.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 187.200**

Planilla Pagada

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS A**

**SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

El suscrito Representante Legal, identificado con cedula de ciudadanía N° 35.409.808 en mi condición de Representante Legal de Almighty Sport Brand identificada con Nit 901.217.686-3, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá certifico que dicha entidad se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicios Nacionales De Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma, durante los últimos seis (6) meses calendario. Declarando que al momento de la firma la empresa no cuenta con ningún empleado.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La presente se expide el día veintiuno (21) del mes de Agosto de 2025

Cordialmente,

MYRIAM RODRIGUEZ HURTADO
CC. 35.409.808
Rep. Legal

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 900.379.759**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **RODRIGUEZ HURTADO MYRIAM** identificado(a) con **CC** número **35.409.808** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 10.000.000** generada el **05 de diciembre de 2022**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de julio de 2025

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025072216465