

Apulo, 1 de septiembre de 2025

Señores:

ALCALDIA MUNICIPAL DE APULO

Apulo Cundinamarca

**REF: Certificación de cumplimiento de requisitos como Contratista
(Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013).**

De conformidad con el asunto de la referencia me permito manifestarle bajo la gravedad del juramento, los siguientes hechos:

- 1.- Nombre del prestador del servicio: **NELSON CARDOZO FLOREZ**
- 2.- Identificación **C.C. No. 80.119.053 de Bogotá**
- 3.- Régimen del impuesto de ventas al que pertenece: **Simplificado**
- 4.- Periodo al que pertenece la certificación: **07 de JUNIO al 06 de JULIO 2025**
- 5.- Certifico bajo gravedad de juramento que no estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.
 - ❖ Los servicios que presto corresponden de acuerdo al C.P.S. **094-2025**
 - ❖ Los servicios son prestados de manera personal
 - ❖ Mis ingresos corresponden al 80% o más por servicios prestados de forma personal.
 - ❖ Me encuentro dentro de la categoría de empleados de conformidad con el artículo 329 E.T.
- 6.- Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención:

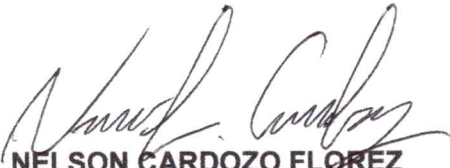
No. Planilla:	87735768		
Mes de Cotización:	JUNIO		
Fecha Pago:	DIA	MES	AÑO
	14	07	2025
Aportes	Valor Pagado	Administradoras de Servicios	
Salud:	\$275.000	COMPENSAR	
Pensión:	\$352.000	COLPENSIONES	
ARL:	\$11.500	POSITIVA	

No. Planilla:	88587775		
Mes de Cotización:	JULIO		
Fecha Pago:	DIA	MES	AÑO
	15	08	2025
Aportes	Valor Pagado	Administradoras de Servicios	
Salud:	\$275.200	COMPENSAR	
Pensión:	\$352.300	COLPENSIONES	
ARL:	\$11.500	POSITIVA	

✱

Certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL (si Aplica) corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. 

Atentamente;



NELSON CARDOZO FLOREZ
C.C.80.119.053 de Bogotá
Contratista

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	80118053	NELSON CARDOZO FLOREZ	diagonal 45 sur 5 j 36 casa 23	6019098943	nelson.cardozo.ig@outlook.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL EADOS	UPC
					1	0
TOTAL A PAGAR					\$638.500	
PERIODO SALUD	2025-06	PERIODO PENSIONES	2025-06	87735768		

DETALLE POR COTIZANTE																											
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																							
a.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	PENSIÓN										SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
				Cotización	IBIC AFP	Cód. AFP	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsidio	Cotización/ Valor UPC	Cot. ARL	IBIC ARL	Código CCF	IBIC CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte MEN	Aporte ICDF	Aporte ISENA	Aporte CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC CCF	Aporte MEN				
OC		80119053	CARDOZO FLORES NELSON	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	EP5008	2.200.000	275.000	14-23	2.200.000	1	11.500	0	0	0	0	0	0	0				

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	80118053	NELSON CARDOZO FLOREZ	diagonal 45 sur 51 36 casa 23	6016099943	nelson.cardozo@outlook.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87735788	\$938.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	0
									275.000
									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	352.000	0	0	0	0	0	0	0	352.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positivas Seguros	860011153-6	11.500	No. Autorización	Valor	11.500	0	0	0	151	11.500	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
0	3	0	0	0
0	3	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora		No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud		1	275.000	275.000
Pensión		1	352.000	352.000
Riesgos Laborales		0	11.500	11.500
CCF		0	0	0
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES		2	638.500	638.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPL. LEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/09/2025	88587775	\$638.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	1

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldado a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldado a Favor		Solidaridad		
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.500				11.500	0	0	11.500			151	11.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Type Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.000	275.200
Pensión	1	352.000	352.300
Riesgos Laborales	0	11.500	11.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	638.500	638.500

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLAADOS	UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88597775		
				\$638.500		

[illegible]