

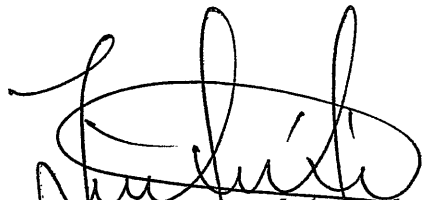
Buenavista Quindío, Noviembre del 2025.

Señores:  
**SECRETARIA DE HACIENDA**  
Buenavista Quindío

**Asunto:** Autorización pago mediante transferencia bancaria.

Con relación al asunto en mención, me permito autorizar los pagos por concepto del contrato N° **OGAD-CAG-081-2025** Mediante transferencia bancaria a la cuenta N° 06957330701 de ahorros del BANCOLOMBIA, a nombre de **LEIDY JHOANA LÓPEZ LÓPEZ**, identificada con C.C. 1.094.728.113 de Buenavista Quindío

Atentamente.



**LEIDY JHOANA LÓPEZ LOPEZ**  
C.C. 1.094.728.113 de Buenavista Quindío  
Celular: 3207488334

11/11/2025

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS COMO EMPLEADO  
PARA EFECTOS DE APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE  
(ART. 383 E.T. Y LEY 1819 de 2016 ART. 17)**

Buenavista, Quindío Fecha:

NOVIEMBRE DE 2025 ✓

EMPRESA: MUNICIPIO DE BUENAVISTA

Ciudad BUENAVISTA, QUINDIO

Yo, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo gravedad de juramento, que la información suministrada es fidedigna y corresponde a mi realidad económica y fiscal.

Nombre del Prestador del Servicio: **LEIDY JHOANA LÓPEZ LÓPEZ**

Identificación: 1.094.728.113 de Buenavista Quindío

1. Soy declarante de Renta por el año gravable 2024.

SI

NO

X

2. Para la ejecución de mi actividad vínculo a 2 o más trabajadores o contratistas por más de 90 días continuos o discontinuos.

SI

NO

X

Si la respuesta en el ítem 2 fue **NO**, por favor adjunte a la factura o documento equivalente del respectivo periodo, la planilla de pago de aportes a Salud, Pensión y ARL, certificado del pago de intereses por crédito de vivienda del año 2024 y certificado de medicina propagada del año 2024 si los tuviere, lo anterior con el fin de depurar la base sobre la cual se le practicara la retención en Lafuente.

Si la respuesta en el ítem 2 fue **SI**, se debe practicar retención en la fuente por honorarios o servicios a la tarifa correspondiente por no cumplir los requisitos para clasificarse en la categoría de empleados.

  
**LEIDY JHOANA LÓPEZ LÓPEZ**

Cedula: 1.094.728.113 de Buenavista Quindío

Buenavista Quindío, 26 de Noviembre de 2025.

**CUENTA DE COBRO 005**

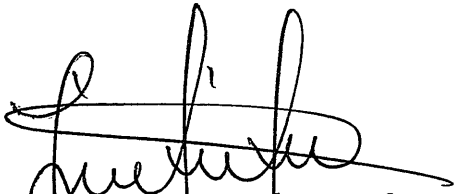
**ALCALDIA BUENAVISTA**

**NIT 890.001.879-0**

**DEBE A:**

**LEIDY JHOANA LÓPEZ LÓPEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.094.728.113 de Buenavista Quindío, la suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.500.000)**; por concepto del **QUINTO** pago, por la ejecución del contrato N° **OGAD-CAG-081-2025**, que tiene como objeto **“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS EN EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA LEY GENERAL DE ARCHIVO”**

Atentamente.



**LEIDY JHOANA LÓPEZ LÓPEZ**

C.C. 1.094.728.113 de Buenavista Quindío

Celular: 3207483334



# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-10-24, 03:35:59 p. m.

Tipo Planilla I

Número Planilla 80635950

Periodo Cotización 202510

Periodo Servicio 202510

## PAGADA 2025-10-24 15:34:25.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA LOPEZ LOPEZ		
Documento	CC 1094728113	Dirección	CL 20A #13 B - 13 CLL 20A # 15 -16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7340833
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	ARMENIA	Departamento	QUINDIO
Representante Legal	Identificación		
		Total Afiliados	1

### II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094728113	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				LOPEZ LOPEZ LEIDY JOHANA	63001000 - 63		QUINDIO

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novidades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales				
	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Total Aporte FSP	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgo	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
	25-14	16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	EPF010	12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 0	14-23	3	2.438 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	NN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

### IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 440.500
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0





Fecha de Expedición 2025/11/26

Fecha Limite de Pago 2025/12/02

Recibo N° 8352500242265

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL \$ 50.000



Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1094728113

Nombre LEIDY JOHANA LOPEZ LOPEZ

Teléfono



{415}0000000024605(8020)08352500242265(3900)0000000050000(96)20251202

VALOR BASE	\$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	11/07/2025
NRO. CONTRATO	081
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

Total a Pagar \$ 50.000

Con destino a: Alcaldía de Buenavista

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0



Recibo N° 8352500242265

Fecha de Expedición 2025/11/26

Fecha Limite de Pago 2025/12/02

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL \$ 50.000



Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1094728113

Nombre LEIDY JOHANA LOPEZ LOPEZ

Teléfono



{415}0000000024605(8020)08352500242265(3900)0000000050000(96)20251202

VALOR BASE	\$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	11/07/2025
NRO. CONTRATO	081
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

Total a Pagar \$ 50.000

Con destino a: Alcaldía de Buenavista

SopORTE trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0



Recibo N° 8352500242265

Fecha de Expedición 2025/11/26

Fecha Limite de Pago 2025/12/02

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL \$ 50.000



Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1094728113

Nombre LEIDY JOHANA LOPEZ LOPEZ

Teléfono



{415}0000000024605(8020)08352500242265(3900)0000000050000(96)20251202

VALOR BASE	\$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	11/07/2025
NRO. CONTRATO	081
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

Total a Pagar \$ 50.000

Con destino a: Alcaldía de Buenavista

SopORTE Entidad

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0