

15/08/2025

2,079,000.00

ROJAS MONROY GUIDO GIOVANNY

DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/Cte\*\*\*\*\*

INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE YOPAL  
 N.I.T. 800.117.801-9  
 15 de Agosto de 2025

COMPROBANTE DE

EGRESO No. TRD\_110\_11\_01

0001171

| CODIGO   | CONCEPTO                                                                                                                                                                      | VALOR        |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|          | INF 6 FINAL CPSAG 081-2025, CUYO OBJETO ES DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDAD FISICA PARA LA PO CON DISCAPACIDAD FISICA O COGNITIVA DEL MUNICIPIO DE YOPAL. |              |
| 24010101 | Bienes Y Servicios                                                                                                                                                            | 2,100,000.00 |
| 24362701 | Retención De Impuesto De Industria Y Comercio Por                                                                                                                             | 21,000.00    |

DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/Cte\*\*\*\*\*

TOTAL

2,079,000.00

CHEQUE No.

EFECTIVO:

FIRMA Y SELLO DEL BENFICIARIO

BANCO: BANCO CAJA SOCIAL

CUENTA: Cta 24030471724 BCSC - Contrib. Prodeporte

PAGADO A: ROJAS MONROY GUIDO GIOVANNY

C.C./NIT: 74.859.06

PREPARADO:

REVISADO:

APROBADO:

CONTABILIZADO:

C.C. o NIT.

COMPLEJO DEPORTIVO LOS HOBOS CALLE 24 No 40-14



INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y RECREACION DE YOPAL

Nit. 800.117.801-9

OBLIGACION / ORDEN DE PAGO No. TRD\_110\_11\_0100000973

|                                           |                                |                                             |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| BENEFICIARIO: ROJAS MONROY GUIDO GIOVANNY | DOCUMENTO: NIT No.74.859.062-3 | FECHA / ORDEN: 15/08/2025                   |
| REGISTRO NUMERO: 00000093                 | SOPORTE:<br>NUMERO: 00000081   | TIPO: CUENTA POR PAGAR<br>FECHA: 12/02/2025 |

LA DIRECCION DEL INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE YOPAL IDRY  
En uso de sus facultades legales y reglamentarias

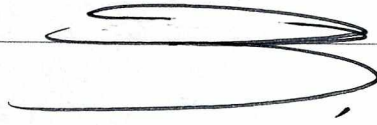
**O R D E N A**

RECONOCER Y AUTORIZAR EL PAGO DE LA PRESENTE CUENTA DE ACUERDO  
CON LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ESTIPULAN A CONTINUACION:

| VIG | CODIGO DE RUBRO       | RC   | IMPUTACION PRESUPUESTAL                                                   | RECURSO / CONVENIO | VALOR ORDENADO |
|-----|-----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| ACT | 2.3.2.02.02.009.43.21 | 0106 | Servicio de promocion de la actividad fisica, la recreacion y el deporte. | Tasa prodeporte y  | 2,100,000.00   |

INF 6 FINAL CPSAG 081-2025, CUYO OBJETO ES DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDAD FISICA PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD FISICA O COGNITIVA DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

| CUENTA NUMERO | DEBITO       | CREDITO      | VALOR TOTAL                                       |              |
|---------------|--------------|--------------|---------------------------------------------------|--------------|
| 55050501      | 2,100,000.00 |              |                                                   | 2,100,000.00 |
| 24010101      |              | 2,100,000.00 | DEDUCCIONES                                       |              |
|               |              |              | Reteica Activ.Servic.NO Clas BASE:\$ 2,100,000.00 | 21,000.00    |
|               |              |              | TOTAL A PAGAR                                     | 2,079,000.00 |

  
EDWIN SANCHE LEAL  
Director

FIRMA DE BENEFICIARIO  
C.C/Nit: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO  
OBLIGADOS A FACTURAR**

GAF-FO-03

8-10-2024

V.04

**INSTITUTO PARA LA DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL (IDRY)**

**NIT- 800117801-9**

**(Decreto 1165 de 1996 y 1001 de 1997, Decreto 522 de 2003, Resolución 42 de 2020, Resolución 000167 de 2021)**

Autorización numeración de facturación documento soporte No. 18764081126860 de fecha 07 de octubre de 2024.

Rango autorizado prefijo DE No. 3001 al 4500 vigencia 24 meses.

**(ESPACIO DE USO EXCLUSIVO IDRY)**

| FECHA DE RADICACIÓN |    |      | NÚMERO DE CONSECUTIVO (El profesional universitario del área de contabilidad colocará el número consecutivo, en el momento de la causación). |
|---------------------|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DD                  | MM | AAAA |                                                                                                                                              |
| 13                  | 08 | 2025 | <b>DE - 4382</b>                                                                                                                             |

**INFORMACIÓN GENERAL**

|                                      |                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NÚMERO DEL CONTRATO                  | IDRY-CD-081-2025                                                                                                                         |
| OBJETO                               | DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD FÍSICA O COGNITIVA DEL MUNICIPIO DE YOPAL |
| NOMBRE/ RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA | GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY                                                                                                              |
| NIT                                  | 74.859.062-3                                                                                                                             |
| DIRECCION                            | Kra 5ª # 48-40                                                                                                                           |
| TELEFONO                             | 3102729665                                                                                                                               |
| PERIODO DE COBRO                     | 13-07-2025 AL 12-08-2025                                                                                                                 |
| VALOR A COBRAR                       | DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$ 2.100.000)                                                                                       |
| % AVANCE DE EJECUCIÓN                | 100%                                                                                                                                     |

**FIRMA DEL VENDEDOR O DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO**

**Firma de emisor:**

*Gerson S. A.*

**Nota:** Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

Yopal, 13 de agosto de 2025

Señores

**INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL (IDRY)**

Proceso de Gestión Contable

La ciudad

**REF.** Declaración juramentada para la deducción de la retención en la fuente a personas naturales pertenecientes a la clasificación tributaria "rentas de trabajo" originadas en la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Yo, **GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY**, identificado con Cédula de Ciudadanía número **74859062** de Yopal-Casanare, por medio de la presente y para dar cumplimiento a la ley 2277 del 2022 y el parágrafo 2 del artículo 383 de estatuto tributario nacional, **CERTIFICO QUE:**

- |                                                                                                                                           |    |                                     |    |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| 1. Soy residente fiscal colombiano.                                                                                                       | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Mis ingresos percibidos del Instituto para el Deporte y la Recreación de Yopal (IDRY) en el año 2024 corresponden a rentas de trabajo. | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Soy responsable de IVA                                                                                                                 | SI | <input type="checkbox"/>            | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 13-07-2025 y el 12-08-2025, en los pagos que me realice el Instituto para el Deporte y la Recreación de Yopal de acuerdo a los siguientes factores:

| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                           | VALOR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2024 (Hasta 100 UVT mensuales - \$4.706.500). Art 387 ET- DR 4713/05 | \$ 0  |
| Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -\$ 753.040). Art 387 ET                                                                        | \$ 0  |

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales (\$1.506.080) Art 387 ET.

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PARENTESCO | EDAD |
|----------------|---------|-----------------|------------------|------------|------|
|                |         |                 |                  |            |      |
|                |         |                 |                  |            |      |

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales (\$14.919.605).

| DESCRIPCIÓN                             | VALOR |
|-----------------------------------------|-------|
| Aportes voluntarios fondos de pensiones | \$0   |
| Aportes en cuentas AFC                  | \$0   |

Y finalmente, informo que los servicios del Contrato No IDRY-CD- 081-2025 de fecha 12-02-2025 fueron ejecutados en el municipio de Yopal.

Cordialmente,   
**GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY**  
C.C **74859062** de Yopal Casanare

TRD 101 17 07

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| Ciudad y Fecha: Yopal, 13/08/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            | Número y fecha del Contrato: IDRY-CD- 081 – 2025 DE 12 DE FEBRERO DE 2025 |                                              |                                         |            |
| CPSP <input type="checkbox"/> CPSAG <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            | Periodo de pago: DE 13/07/2025 A: 12/08/2025                              |                                              | Informe No. 6 de 6                      |            |
| <b>UNIDAD EJECUTORA:</b><br>(Nombre de la Secretaría y dependencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| <b>1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Nombres y Apellidos del Contratista: GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                                                           |                                              | No. de Identificación: 74.859.062 DV- 3 |            |
| Información tributaria: Responsable de IVA <input type="checkbox"/> No responsable de IVA <input checked="" type="checkbox"/> Régimen ordinario <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/><br>No declarante <input type="checkbox"/> Régimen simple de tributación <input type="checkbox"/> Facturador electrónico <input type="checkbox"/> No obligados a facturar <input type="checkbox"/>                                                                                             |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Fecha de impresión RUT: 17/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Objeto del Contrato: DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO INSTRUCTOR DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD FÍSICA O COGNITIVA DEL MUNICIPIO DE YOPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Nombre del Proyecto de Inversión: FORTALECIMIENTO DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACIÓN E INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA PARA EL MUNICIPIO DE YOPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                           |                                              | 2024850010052                           |            |
| Plazo de Ejecución: (6) SEIS Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |                                                                           | Meses Ejecutados: (6) Seis Meses             |                                         |            |
| Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 13/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                           | Fecha de Terminación: 12/08/2025             |                                         |            |
| <b>ESTADO FÍSICO:</b><br>Hasta la fecha 12/08/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del _100_%, contra una programada de 100%.del Total. (incluir adicional, si aplica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| <b>A. Estado financiero:</b> (incluir adicional, si aplica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Valor Total del Contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            | \$ 12.600.000                                                             |                                              |                                         |            |
| Valor Ejecutado a la fecha:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            | \$ 12.600.000                                                             |                                              |                                         |            |
| Saldo por facturar del Total del Contrato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            | \$ 000.000                                                                |                                              |                                         |            |
| Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            | \$ 2.100.000 (DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE)                        |                                              |                                         |            |
| Saldo a favor del Instituto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            | \$                                                                        |                                              |                                         |            |
| Forma de Pago El valor del presente contrato es de DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 12.600.00) y se pagara mediante SEIS (6) pagos mensuales vencidos, cada uno por el valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE. (\$ 2.100.000), previa presentación del informe por parte del contratista, con visto bueno del Supervisor, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia. |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Cuenta bancaria autorizada para Giro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            | Tipo: AHORROS                                                             |                                              |                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            | No. 363-755198-57                                                         |                                              |                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            | Entidad Financiera: BANCOLOMBIA                                           |                                              |                                         |            |
| <b>B. Información presupuestal</b> (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Contrato Inicial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Concepto                                   | Fuente                                                                    | Número                                       | Fecha                                   | Valor      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificado de Disponibilidad Presupuestal | Tasa prodeporte y recreación                                              | 110_ 0800000056                              | 31-01-2025                              | 12.600.000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Registro Presupuestal                      | Tasa prodeporte y recreación                                              | 110_ 4500000093                              | 12-02-2025                              | 12.600.000 |
| Contrato Adicional y/o Prórroga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificado de Disponibilidad Presupuestal |                                                                           |                                              |                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Registro Presupuestal                      |                                                                           |                                              |                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Plazo meses y/o días): # Meses y # días.   | Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa                                             | Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa |                                         |            |
| <b>C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato</b> (Diligencie si aplica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |                                                                           |                                              |                                         |            |
| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            | Número                                                                    | Fecha                                        | Tiempo                                  |            |
| Acta de Suspensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |                                                                           | dd-mm-aaaa                                   | # Meses y # días.                       |            |
| Acta de Ampliación de suspensión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                                                           | dd-mm-aaaa                                   | # Meses y # días.                       |            |

TRD 101 17 07

|                      |                          |                         |                                                 |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|
| Acta de Reiniciación |                          | dd-mm-aaaa              | N.A.                                            |
| Cesión de Contrato   | C.C Cesionario:<br>xxxxx | Resolución<br>No: xxxxx | Fecha de Registro Contrato:<br>dd-mm-aaaa       |
|                      |                          |                         | Nueva Fecha Terminación Contrato:<br>dd-mm-aaaa |

**2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS** (Agregue las filas y columnas que requiera)

|                    |                  |                           |                                 |
|--------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Contrato Inicial   | CONCEPTO         | Estampilla Pro Cultura 1% | Estampilla Pro Adulto Mayor 3%: |
|                    | Numero de recibo | 25231                     | 25231                           |
|                    | Fecha            | 12 de febrero de 2025     | 12 de febrero de 2025           |
|                    | Valor            | \$ 126.000                | \$ 378.000                      |
| Contrato Adicional | Numero de recibo |                           |                                 |
|                    | Fecha            |                           |                                 |
|                    | Valor            | \$                        | \$                              |

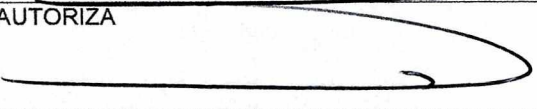
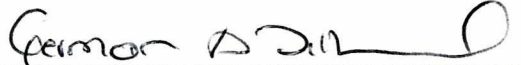
**3. PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.** (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

| Concepto | % Liquidación | No. Planilla  | Ingreso Base Cotización | Cotización Obligatoria | Valor Cancelado | Mes Cancelado | Entidad   |
|----------|---------------|---------------|-------------------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| SALUD    | 12.5          | 7977314891    | \$ 1.423.500            | \$ 178.000             | \$ 178.000      | Julio         | Capresoca |
| PENSIÓN  | 16            | 7977314891    | \$ 1.423.500            | \$ 227.800             | \$ 227.800      | Julio         | Porvenir  |
| ARL      | Nivel Riesgo: | No. Planilla: | Valor cancelado:        | Entidad:               |                 |               |           |
|          | 3             | 7974579248    | \$ 34.700               | Positiva               |                 |               |           |

A continuación, se utiliza cuando aplica la segunda planilla para liquidar:

| Concepto | % Liquidación | No. Planilla  | Ingreso Base Cotización | Cotización Obligatoria | Valor Cancelado | Mes Cancelado | Entidad   |
|----------|---------------|---------------|-------------------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| SALUD    | 12.5          | 7980355149    | \$ 569.400              | \$ 71.200              | \$ 71.200       | Agosto        | Capresoca |
| PENSIÓN  | 16            | 7980355149    | \$ 569.400              | \$ 91.200              | \$ 91.200       | Agosto        | Porvenir  |
| ARL      | Nivel Riesgo: | No. Planilla: | Valor cancelado:        | Entidad:               |                 |               |           |
|          | 3             | 7980355149    | \$ 13.900               | Positiva               |                 |               |           |

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUTORIZA                                                                                                                | SUPERVISOR                                                                                                                                                |
|                                      |                                                                       |
| <b>EDWIN LEONIDAS SANCHEZ LEAL</b><br>No. Cedula: 79.788.278<br>Director IDRY<br>Decreto Nombramiento 002 de 01/01/2024 | <b>GERMAN ANTONIO VILLAMIL RAMIREZ</b><br>No. Cedula: 16.729.695<br>Profesional Universitario código 219 Grado 02<br>Clausula 16 del CPS IDRY-CD-015-2024 |

Revisó: \_\_\_\_\_

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                           |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                   |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|-------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 74859062                                          | NÚMERO PLANILLA:               | 7980355149 | TIPO DE PLANILLA: | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY                       | PERIODO COTIZACIÓN OTROS:      | MES        | agosto            | AÑO                       |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | YOPAL                | DEPARTAMENTO:             | CASANARE                                          | DÍAS DE MORA:                  | 0          | MES               | agosto                    |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 5A N 46 - 40 | TÉLEFONO:                 | 7777777                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/08/11 | AÑO               | 2025                      |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | INDEPENDIENTE                                     | NÚMERO AUTORIZACIÓN:           |            |                   |                           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                |            |                   | 1693971665                |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                           |                                                   |                                |            |                   |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                           | NO                                                |                                |            |                   |                           |

| TOTAL APORTES A PENSION |                |                |  |        |   |                |            |                     |           |             |              |            |           |         |           |
|-------------------------|----------------|----------------|--|--------|---|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|-----------|---------|-----------|
| CÓDIGO                  |                | ADMINISTRADORA |  | NOMBRE |   | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           |             |              | MORA       |           | TOTALES |           |
|                         |                |                |  |        |   |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP       | APORTES | MORA      |
| 230301                  | 230301-PORVENR |                |  |        | 1 | \$ 91.200      | \$ 0       | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 91.200 | \$ 0    | \$ 91.200 |
| SUB-TOTALES:            |                |                |  |        |   |                |            |                     |           |             |              |            | \$ 91.200 | \$ 0    | \$ 91.200 |

| TOTAL APORTES A SALUD |                      |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |          |      |           |              |
|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                      | No.<br>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 |
| EPSC25                | EPSC25-CAPRESOCA EPS | 1                 |                            | \$0   |                     | \$0   |               | \$0   | \$71.200    | \$0         | \$0        | \$0         | \$71.200 | \$0  | \$0       | \$71.200     |
| SUBTOTALES:           |                      |                   |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$71.200 | \$0  | \$0       | \$71.200     |

| ADMINISTRADORA |                                         | No. COTIZANTES | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
|----------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------------------------|----------------------|---------------|-------|------------------------|-----------|------|-----------|--------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE                                  |                | INCAPACIDAD IRP                       | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR |                        | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23          | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                                       | \$ 0                 | \$ 0          |       | \$ 13.900              | \$ 13.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 13.900    |
| SUB-TOTALES:   |                                         |                |                                       |                      |               |       | \$ 13.900              | \$ 13.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 13.900    |

[illegible]

|               |            |
|---------------|------------|
| TOTAL PAGADO: | \$ 176.300 |
|---------------|------------|



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                      |                           |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA         |            |                           |                |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|---------------------------|----------------|
| Tipo identificación:                                                      | Cédula de ciudadanía                 | Número de identificación: | 74859062                                          | Número planilla:                       | 7977314891 | Tipo de planilla:         | INDEPENDIENTES |
| Nombre o razón social:                                                    | GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY CASANARE |                           |                                                   | Período cotización otros días de mora: | 2025       | Período cotización salud: | 2025           |
| Ciudad/municipio:                                                         | YOPAL                                | Departamento:             | 7777777                                           | Fecha pago (aaaa/mm/aa):               | 2025/07/24 | Número autorización:      | 1650126557     |
| Dirección:                                                                | CARRERA 5A N 48 - 40                 | Teléfono:                 | INDEPENDIENTE                                     |                                        |            |                           |                |
| Tipo aportante:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                     | Clase aportante:          | PRIVADA                                           |                                        |            |                           |                |
| Tipo empresa:                                                             | UNICO                                | Actividad económica:      | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                        |            |                           |                |
| Forma de presentación:                                                    |                                      |                           | NO                                                |                                        |            |                           |                |
| Aportante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                      |                           |                                                   |                                        |            |                           |                |

| TOTAL APORTES A PENSION |  |  |  |                 |  |  |  |                 |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| APORTES VOLUNTARIOS     |  |  |  | FSP             |  |  |  | MORA            |  |  |  |
| EMPLOYADOR              |  |  |  | COTIZANTE       |  |  |  | COTIZACION      |  |  |  |
| CÓDIGO                  |  |  |  | NOMBRE          |  |  |  | NOMBRE          |  |  |  |
| 230301                  |  |  |  | 230301-PORVENIR |  |  |  | 230301-PORVENIR |  |  |  |
| 1                       |  |  |  | \$ 227.800      |  |  |  | \$ 227.800      |  |  |  |
| SUBTOTALS:              |  |  |  |                 |  |  |  |                 |  |  |  |

| TOTAL APORTES A SALUD      |  |  |  |                      |  |  |  |                      |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |  |  |  | LICENCIA MATERNIDAD  |  |  |  | SALDO A FAVOR        |  |  |  |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN        |  |  |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN  |  |  |  | PLANILLA             |  |  |  |
| CÓDIGO                     |  |  |  | NOMBRE               |  |  |  | NOMBRE               |  |  |  |
| EPSC25                     |  |  |  | EPSC25-CAPRESOCA EPS |  |  |  | EPSC25-CAPRESOCA EPS |  |  |  |
| 1                          |  |  |  | \$ 0                 |  |  |  | \$ 0                 |  |  |  |
| SUBTOTALS:                 |  |  |  |                      |  |  |  |                      |  |  |  |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |  |  |  |                                         |  |  |  |                                         |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|--|--|--|
| INCAPACIDAD IRP                       |  |  |  | PAGO A OTROS RIESGOS                    |  |  |  | PLANILLA                                |  |  |  |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN                   |  |  |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN                     |  |  |  | PLANILLA                                |  |  |  |
| CÓDIGO                                |  |  |  | NOMBRE                                  |  |  |  | NOMBRE                                  |  |  |  |
| 14-23                                 |  |  |  | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. |  |  |  | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. |  |  |  |
| 1                                     |  |  |  | \$ 0                                    |  |  |  | \$ 0                                    |  |  |  |
| SUBTOTALS:                            |  |  |  |                                         |  |  |  |                                         |  |  |  |

| LIQUIDACION DETALLADA APORTES |  |  |  |                       |  |  |  |                       |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE           |  |  |  | NOVEDADES             |  |  |  | PENSION               |  |  |  |
| NÚMERO IDENTIFICACION         |  |  |  | NÚMERO IDENTIFICACION |  |  |  | NÚMERO IDENTIFICACION |  |  |  |
| NÚMERO IDENTIFICACION         |  |  |  | NÚMERO IDENTIFICACION |  |  |  | NÚMERO IDENTIFICACION |  |  |  |
| 74859062                      |  |  |  | 74859062              |  |  |  | 74859062              |  |  |  |
| 230301                        |  |  |  | 230301                |  |  |  | 230301                |  |  |  |
| 14-23                         |  |  |  | 14-23                 |  |  |  | 14-23                 |  |  |  |
| 1                             |  |  |  | 1                     |  |  |  | 1                     |  |  |  |
| SUBTOTALS:                    |  |  |  |                       |  |  |  |                       |  |  |  |

TOTAL PAGADO: \$ 440.500

# Certificación Bancaria

Martes, 12 de agosto de 2025

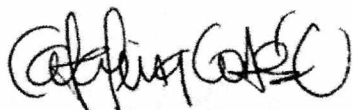
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que GUIDO GIOVANNI ROJAS MONROY identificado(a) con CC 74859062, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto                   | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 36375519857  | 2017-04-19                   | ACTIVO | ***** |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)