Cuenta de cobro No. 01

Ciudad y Fecha: Filandia, Diciembre de 2025

MUNICIPIO DE FILANDIA
NIT. 890.001.339-5
Debe a:

JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA
CC. 1.096.645.102
La suma de:

TRESS MILLONES DE PESOS
$3,000,000

Pago prestación de servicios del 1 del mes diciembre hasta el 31 del mes de diciembre del año 2025, del contrato **N° 479-2025 SPL** que tiene por objeto "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN COMO TECNÓLOGO EN TOPOGRAFÍA, CON EL FIN DE BRINDAR APOYO

Datos generales			
Tipo de cuenta Bancaria :	AHORRO	**Correo electrónico:**	jsvergara90@gmail.com
Número de Cuenta: y Banco	86793360772	**Régimen del IVA:**	NO RESPONSABLE
Régimen simple de tributación:	NO	**Es pensionado:**	NO
Es declarante de renta año 2024:	SI	**obligado a facturar electronicamente**	NO
Deducciones			
Total a cobrar del mes		**$**	3,000,000
Pro Anciano	**$** 120,000	**Descuentos de embargo (Si tiene)**	
Pro Cultura	**$** 45,000	**Total de Deducciones**	**$** 165,000
		Total Neto a pagar al Contratista	**$** **2,835,000**

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual, Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, Para efectos de la retención en la fuente No utilice costos aplicables durante la ejecución del contrato utilizados para la declaración de del impuesto de renta y complementarios, Toda la información aquí suministra es verídica y tomada del RUT.

Se firma en Filandia, en el mes de diciembre de **2025**

JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA
CC. 1.096.645.102

Scanned with CamScanner

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/12/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/31 **Recibo Nº** **8352500276361**

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 60.000

PAGADO

Total a Pagar $ 60.000

Con destino a: **Alcaldía de Filandia**

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 1096645102
Nombre JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500276361(3900)000000000060000(96)20251231

VALOR BASE	$ 3.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.000.000
FECHA CONTRATO	01/12/2025
NRO. CONTRATO	479
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

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

Soporte trámite

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500276361**

Fecha de Expedición 2025/12/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/31

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 60.000

PAGADO

Total a Pagar $ 60.000

Con destino a: **Alcaldía de Filandia**

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 1096645102
Nombre JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500276361(3900)000000000060000(96)20251231

VALOR BASE	$ 3.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.000.000
FECHA CONTRATO	01/12/2025
NRO. CONTRATO	479
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

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

Soporte Entidad

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500276361**

Fecha de Expedición 2025/12/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/31

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 60.000

PAGADO

Total a Pagar $ 60.000

Con destino a: **Alcaldía de Filandia**

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 1096645102
Nombre JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500276361(3900)000000000060000(96)20251231

VALOR BASE	$ 3.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.000.000
FECHA CONTRATO	01/12/2025
NRO. CONTRATO	479
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1096645102	JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA		barrio guillermo leon manzana 4 casa 12	3187759112	javergara1990@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	FILANDIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92399772	$779.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	315.000	0		0		0	0	0	0	315.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	403.200	0	0	0	0	0	0	0	403.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	61.400				61.400	0	0	61.400			614	61400	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
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	315.000	315.000
Pensión	1	403.200	403.200
Riesgos Laborales	1	61.400	61.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	779.600	779.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1096645102	JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA		barrio guillermo leon manzana 4 casa 12	3187759112	javergara1990@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	FILANDIA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92399772	$779.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Actúa	Colegio	Cotiz. Exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dirección	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1096645102	VERGARA GAVIRIA JESUS ANTONIO	57	0			N																	230301	2.520.000	403.200	0	0	0	0	EPS012	2.520.000	315.000	14-11	2.520.000	3	61.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

FORMATO DE PAZ Y SALVO PARA FUNCIONARIOS DE PLANTA, CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ENTREGA DE BIENES DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Filandia Quindío, Mes Diciembre Año 2025

El presente formato de Paz y Salvo se expide para funcionarios de planta, contratistas de prestación de servicios y para la entrega de bienes asociados a la ejecución contractual.

Este documento tiene por objeto dejar constancia de que, a la fecha, el contratista o funcionario ha cumplido con la devolución, entrega y reporte de los bienes, documentos y obligaciones a su cargo, conforme a los procedimientos internos de la Administración Municipal.

CAMPO	INFORMACIÓN
Nombre y Apellidos	**JESUS ANTONIO VERGARA GAVIRIA**
Identificación	1.096.645.102
Nro. de Contrato	CPS 2025 479 SP
Dependencia	SECRETARIA DE PLANEACION MUNICIPAL

CERTIFICACIÓN POR DEPENDENCIAS

Las dependencias que a continuación se relacionan certifican que, a la fecha de expedición del presente documento, **no registran pendientes** con el contratista o funcionario.

Oficina y/o Dependencia	Nombre y Apellidos	Firma	Observaciones
Inventarios	Alberto Montes Patiño		
Ventanilla Única	Laura Melisa Ospina Rendón		
Gestión Contractual	Sandra Lorena Gutiérrez Restrepo		
Jefe Inmediato o Supervisor	Diana Patricia Muñoz García		

RESPONSABLES POR ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN				
Etapa	**Dependencia / Cargo**	**Responsable**	**Tipo de Revisión**	**Firma**
Elaboró:	Inventarios	Alberto Montes Patiño	Verificación de entrega y elementos al momento de expedir el certificado.	
Revisó:	Jefe de Oficina Administrativa y de Asuntos Jurídicos (E) Resolución N° 459 del 09 de diciembre de 2025	Mónica Alexandra Buitrago Muñoz	Jurídica – Conforme a los soportes técnicos y legales del proceso contractual o laboral.	
Aprobó:	Jefe Inmediato o Supervisor	Diana Patricia Muñoz García	Asume responsabilidad por la verificación y entrega de bienes a la terminación del contrato o retiro.	

Scanned with CamScanner