CENTA DE COBRO No. 1

PAGO 1 DE 5

INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN

IMER

NIT: 890985523-6

DEBE A:

Nombres y Apellidos: WILSON ALEXANDER GARCÍA ARBELÁEZ

Documento de identidad: 1.036.935.231

Dirección: Diagonal 42 N 45-18 villa de Rionegro.

Teléfono: 3203869694

Ciudad y Fecha: Rionegro - Antioquia, 02 de marzo del 2026

CONCEPTO	VALOR TOTAL
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FACILITADOR, EN LAS ESCUELAS DE INICIACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN – IMER PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 29 DE ENERO Y EL 28 DE FEBRERO	**$2.933.405**
VALOR TOTAL	**$2.933.405**

EN LETRAS: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS M/L

CONSIGNAR EN LA CUENTA BANCARIA No: 150020220ENTIDAD_CONFIAR AHORROS: x CORRIENTE:

Certifico que mis rentas clasifican en la categoría de rentas laborales acorde al art 335 del estatuto tributario; además no he vinculado trabajadores con relación a los servicios prestados(parágrafo 2 Art 383 y Art 341 del Estatuto Tributario).

SI___, NO X_, autorizo que se me practique una retención superior conforme al parágrafo 3,del Art 383 del Estatuto Tributario, siendo esta equivalente a 0%

Wilson García

FIRMA
C.C 1.036.935.231

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1036935231** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1036935231
NOMBRES Y APELLIDOS	WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	29/03/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	172
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **05/03/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

ARL

Medellin, 5 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ** con documento de identidad **C1036935231**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION FISICA DEPORTE Y RECREACION DE RIONEGRO - IMER** con NIT **N890985523**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-01-29	2026-06-30	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PERSONAL MISIONAL	0000000002	2	1.044	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.036.935.231**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Marzo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036935231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON ALEXANDER GARCIA ARBELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	DIAG 42 NO 45 18	TELÉFONO:	3333333
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:	**6001071130**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	23				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	112036731

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.100	$ 0	$ 280.200	$ 4.100	$ 284.300
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 4.100**	**$ 284.300**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 218.900	$ 3.300	$ 0	$ 222.200
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 3.300**	**$ 0**	**$ 222.200**

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	$ 18.300	$ 18.300	$ 300	$ 0	$ 18.600
SUBTOTALES:									**$ 18.300**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 18.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 35.100	$ 600	$ 35.700
SUBTOTALES:			**$ 35.100**	**$ 600**	**$ 35.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1036935231	GARCIA ARBELAEZ WILSON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.065.680				NO								01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	103693523	$ 18.300	30	$ 1.750.905	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 560.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036935231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		WILSON ALEXANDER	GARCIA ARBELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	DIAG 42 NO 45 18	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6001071130**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		23			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		112036731

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 284.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 284.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 222.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 222.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 35.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 18.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 552.500**
VALOR MORA:	**$ 8.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 560.800**

Planilla Pagada

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda
SOI ACH

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
4 de marzo de 2026 a las 11:26 a. m.

CUS
112036731

Referencia Nequi
M06719939

¿Cuánto?
$ 560.800,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.80.25.153

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1036935231

Factura de comercio
6001071130

Tu plata salió de:



Disponible

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE PERIODO GRAVABLE 2026

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	Wilson Alexander Garcia Arbelaez.
No. IDENTIFICACIÓN	1036935231
SERVICIO PRESTADO	Facilitador Recreación.

DECLARANTE DE RENTA	X	NO DECLARANTE DE RENTA	

1. CREDITO DE VIVIENDA

a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI		NO	X
b. ¿Adjunta certificación?	SI		NO	X
c. ¿Crédito Compartido?	SI		NO	X

En caso de contestar afirmativamente el punto 1c:

% que le corresponde — Valor que le corresponde

2. PAGOS DE SALUD

¿Realiza Aportes a Salud (Medicina prepagada)	SI		NO	X

3. REALIZÓ O REALIZA APORTES A CUENTAS AFC (Cuenta de Ahorro y Fomento a la Construcción)	SI		NO	X

4. DEPENDIENTES

Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES.

a) Hijos menores de 18 años. **Copia Registro civil de nacimiento.**	NO
b) Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. **Copia Registro civil de nacimiento y certificado de estudio o pago respectivo.**	NO
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **certificado por Medicina Legal.**	NO
d) Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, **certificada por contador público**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean **certificados por Medicina Legal.**	NO
e) Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, **certificada por contador público**, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean **certificados por Medicina Legal.**	NO

Relación de dependientes

Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco

5. **Art 17 Par 2 ley 1819-2016**, La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.

La anterior se firma el día 2 del mes de Marco del año 2026.

La información declarada en este formato se firma bajo la gravedad de juramento.

Wilson Garcia.

Firma

Fecha Actualización: 06/01/2026

Powered by CamScanner