CUENTA 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: HUBER DE JESÚS GARCIA SALAZAR

Documento de identidad: 1.036.942.325

Dirección: Transversal 42G #42C- 04 Villa Clemen

Teléfono: 3142866881

Ciudad y Fecha: Rionegro - Antioquia, 01 de septiembre del 2026.

CONCEPTO	VALOR TOTAL
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FACILITADOR EN EL PROCESO DE RECREACION Y LUDOTECA DEL PERIODO COMPRENDIDO PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 4 DE AGOSTO-31 DE AGOSTO.	**$2.475.060**
VALOR TOTAL	**$2.475.060**

EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SECENTA PESOS M/L.

CONSIGNAR EN LA CUENTA BANCARIA No: 0757001484 ENTIDAD: BBVA
AHORROS: X CORRIENTE: _____

Certifico que mis rentas clasifican en la categoría de renta 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%

Huber Garcia

FIRMA
C.C. 1.036.942.325

Anexo: Planilla pago aportes EPS, Fondo de pensiones y ARL y formato de depuración.

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE PERIODO GRAVABLE 2026

IDENTIFICACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	Huber de Jesús Garcia Salazar
No. IDENTIFICACIÓN	1036402325
SERVICIO PRESTADO	Facilitador

DECLARANTE DE RENTA		NO DECLARANTE DE RENTA	X

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 13 del mes de Agosto del año 2026

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

Huber Garcia.

Firma

Fecha Actualización: 06/01/2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036942325
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HUBER DE JESUS GARCIA SALAZAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	TRASNVERSAL 42 G # 42 C -04	TELÉFONO:	5633870
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6032286283**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		566706294

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	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.500	$ 0	$ 261.500
SUBTOTALES:										**$ 261.500**	**$ 0**	**$ 261.500**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 204.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.300	$ 0	$ 0	$ 204.300
SUBTOTALES:													**$ 204.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 204.300**

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	$ 17.100	$ 17.100	$ 0	$ 0	$ 17.100
SUBTOTALES:									**$ 17.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1036942325	GARCIA SALAZAR HUBER DE JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	03																	230301-PORVENIR	28	$ 1.634.178	$ 261.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261.500	EPS002-SALUD TOTAL	28	$ 1.634.178	$ 204.300	$ 0	$ 204.300	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.634.178	103694232	$ 17.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 482.900

Planilla Pagada

Bogotá, Agosto / 27 de 2026

Señor (a): HUBER DE JESUS GARCIA SALAZAR
CC. 1036942325
TV 42 G 42 C 4
RIONEGRO

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 30 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HUBER DE JESUS GARCIA SALAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.036.942.325**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Agosto 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.

Medellín, 14 de agosto de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que HUBER DE JESUS GARCIA SALAZAR identificado(a) con C1036942325 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10369423252622647968

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13