Circasia, 19 de octubre de 2026

CUENTA DE COBRO No. 003

EL
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO
NIT. 890.001.536-1

DEBE A

ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNÁNDEZ
C.C. 1.094.890.383

La suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000) M/CTE** por concepto de la ejecución del contrato cuyo objeto corresponde a: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO EN LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO, del periodo comprendido **DEL 10 DE SEPTIEMBRE AL 9 DE OCTUBRE DEL 2026**, del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. 069 DEL 2026**. Por favor realizar el pago en la Cuenta de Ahorros No. **488447314599** del banco **DAVIVIENDA**.

Se firma en Circasia, a los 19 días del mes de octubre del 2026.

ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNÁNDEZ
C.C. 1.094.890.383

OCT/19/2026

Circasia, 19 de octubre de 2026

Señores
Proceso Gestión Financiera
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE TRÁNSITO DEL QUINDÍO
Circasia

Asunto: Retención en la fuente del Contrato No. 069 del 2026.

ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNANDEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.094.890.383, certifico bajo la gravedad de juramento y para efecto de la Retención en la Fuente conforme el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario Nacional, que para la ejecución del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. 069 DEL 2026**, SI __ NO x__ he contratado o vinculado por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados al contrato.

De igual forma declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre, durante la vigencia fiscal 2025, SI __ NO _x_ soy declarante a título de renta.

Cordialmente,

OCT/19/2026

ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNANDEZ
C.C. 1.094.890.383

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	1094890383	ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNANDEZ	calle 19 norte # 22-39 casa 29	7460656	droberto.medina.hernandez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		96083561	19/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$554.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	31	5.000	0	223.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	31	6.400	0	286.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	31	1.000	43.700			427	43.700	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	31	0	0	0
ICBF				
0	31	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	218.900	223.900
Pensión	1	280.200	286.600
Riesgos Laborales	1	42.700	43.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	554.200

PAGADA

07/29/2026

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

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	1094890383	ROBERTO ALEJANDRO MEDINA HERNANDEZ		calle 19 norte # 22-39 casa 29	7460656	droberto.medina.hernandez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		96083561	19/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$554.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en el exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1094890383	MEDINA HERNANDEZ ROBERTO ALEJANDRO	59	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Comprobante en línea

19 Oct 2026 16:26

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 754618102

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
152.202.3.221

Fecha
19 Oct 2026 16:26

Referencia 2
CC

Número de factura
96083561

Referencia 3
1094890383

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$554.200

Número de comprobante
TR261019162615fh7nkf

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 9577**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA