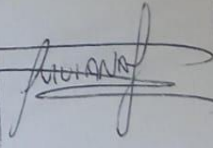


INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE DE TIPIKURÍ		FORMATO CUENTA DE COBRO PAGO CONTRATISTAS			
FECHA:		19-Sep-23			
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS		C.C.	1.075.493.157
Teléfono:		TEL		TELÉFONO	
Correo electrónico contratista:		angiviviana@tipikuri.gov.co		E-MAIL	
Clasificación Persona Natural		EMPLEADO-CONTRATISTA		Tipo de Cuenta	
Banca al cual consignar:		CAJA SOCIAL		Nº Cuenta	
Tipo de Cuenta		AHORRO		2412389942	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº CONTRATO	244-2023	Nº DISPONIBILIDAD	2023000338	Nº REGISTRO PPTAL	2023000317
Valor inicial del Contrato	\$ 10.012.137	Nº Pago	2	%AVANCE	42,86%
Adición	\$				
Valor Total del contrato	\$ 10.012.137				
Pagos realizados	\$ 2.145.458				
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.721.221				
DESCRIPCION DEL OBJETO CONTRACTUAL					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MUEVETE POR TU BIENESTAR, Y EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN, DE IGUAL MANERA, PARA EL APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMCRDZ				PROYECTO ASOCIADO A ESTE PAGO	
				OPIN 202325000000 Implementación del programa Tipikurí muevete por tu bienestar en el municipio de Tipikurí	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.145.458	TARIFA ICA (3X1.000-7X1.000)	\$ 0,00	ESTAMPILLAS	0,0%
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.145.458	\$ 15.018	0,0%	OTRAS	0,0%
SOLN: DOS MILLONES CIENTO TREINTA MIL CUATRO TREINTA Y NUEVE PESOS					
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o, Nº Radiación pago SS	70995122	DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
		EPS	NUEVA EPS	FONDO DE PENSIONES	COLFONDOS
				POSITIVA	OTROS
					N/A
IBC	\$ 1.160.000				
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000				
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600				
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$				
Otros	\$ 0				
ARL	\$ 12.200				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:					
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual de acuerdo al informe anexo 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato 3. Pertenesco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación Persona Natural/contratista" 4. Toda la información aquí suministrada es verídica 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados 6. NO he contratado o vinculado dos o mas trabajadores asociado a mi actividad para cumplir con el objeto de este contrato. 7. He actualizado el RUT de acuerdo a las disposiciones legales en materia tributaria. 8. Conozco las fechas de pago establecidas por la entidad y en caso de no cumplir con dichos plazos, acepto las consecuencias causadas por el incumplimiento.					
<div style="text-align: right;">  ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS EL CONTRATISTA </div>					
VERSION FINAL					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075683157	ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS		Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIQUAIRÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

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
2023-09	2023-09	I	19/09/2023	70995122	\$342.800

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	12.200				12.200	0	0	12.200			122	12.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	12.200	12.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	342.800	342.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075683157	ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS		Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIQUAIRÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-09	2023-09	I	19/09/2023	70995122	10
					TOTAL A PAGAR
					\$342.800

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1075683157	PULIDO FARIAS ANGI VIVIANA	59	0			N							X										231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	2	12.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Yo, ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS identificado(a) con documento de identidad No. 1.075.683.157 de ZIPAQUIRÁ, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016, decreto 2105 de 2016, de manera libre y espontánea bajo gravedad de juramento, manifiesto que:

1. Según el artículo 17 de la ley 1819 de 2016 que modifica el artículo 383 del Estatuto tributario nacional para efectos de la depuración como independiente me acojo a las siguientes cedulas:

Rentas de trabajo (Salarios, comisiones, honorarios y servicios) Art.103 ET X
Pensiones Art.241 N1 ET.....
Rentas de capital (Intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías, explotación de propiedad intelectual) Art.241 N2 ET
Rentas no laborales (Honorarios de quienes contraten más de 2 trabajadores) Art.241 N2 ET....
Dividendos y participaciones Art.242 ET

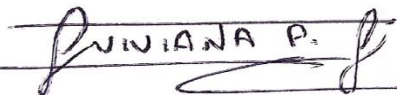
2. Si la respuesta son rentas de trabajo declaro que mis deducciones son:
Ingresos NCRNGO Aportes obligatorios de salud y pensión
Planilla No 70995122
Valor a cobrar por mes **DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/TE. \$2.145.458**

Periodo Cotizado	Nombre de la Entidad		Valor Aportante	Valor Total Aportes
Septiembre	Salud	NUEVA EPS	\$145,000	\$330,600
	Pensiones	COLFONDOS	\$185,600	

El aporte realizado por concepto de ARL: Entidad POSITIVA Valor: \$12,200

3. Solicito acogerme a una tarifa de retención en la fuente superior
SI ☐ NO ☒ A cuál _____
4. Estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior
SI ☐ NO ☒
5. Así mismo de otra parte certifico que pertenezco a:
Régimen simplificado ☒ Régimen común ☐
- Estoy obligado a facturar: SI ☐ NO ☒
6. Mi código de actividad económica establecida en el RUT conforme a los códigos CIU es: 8299

Esta declaración la hago a los **20 días del mes de SEPTIEMBRE del año 2023** de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 (Prohibición de declaraciones extra juicio) del decreto 19 de 2012, con destino al IMCRDZ para que se realice los efectos legales.

Firma: 
ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS
C.C No 1.075.683.157



SC-CER718346

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS** con CC No. **1075683157**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 800195954 - INSTITUTO MPAL DE LA RECREACION Y EL DEPORTE DE ZIPA	Fecha de última cobertura: 12/08/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 19/07/2023 Fecha fin de Contrato: 30/11/2023 Clase de Riesgo: 2 Cargo : ENTRENADOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018210849.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.





**Banco
Caja Social**
Su banco amigo.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS

Identificado con CC 1075683157

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ZIPAQUIRA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24122899942
Fecha de apertura:	27 de Mayo de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0047 ZIPAQUIRA de la ciudad de ZIPAQUIRA, el día Jueves, 15 de Junio de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva