FORMATO CUENTA DE COBRO
PAGO CONTRATISTAS

FECHA: 22-Aug-23

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista	[redacted]	C.C.	[redacted]	TELÉFONO	3144563122
Correo electrónico contratista	[redacted]	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Clasificación Persona Natural	[redacted]	Banco al cual consignar:		CAJA SOCIAL	
		Tipo de Cuenta: AHORROS	Nº Cuenta	24123899943	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº CONTRATO:	280-2023	Nº DISPONIBILIDAD:	2023000328	Nº REGISTRO PPTAL:	2023000117				
Valor Inicial del Contrato:	$ 32.911.117	N° Pago	%AVANCE	Periodo objeto de pago					VALOR PAGO MENSUAL
Adición	$								
Valor Total del contrato	$ 32.911.117	1	21,43%	del	19-Jul-23	al	18-Aug-23	$	2.145.454
Pagos realizados	$								
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.840.579								

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 LA RECREACIÓN DE IGUAL MANERA PARA EL APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMDRZ

PROYECTO ASOCIADO A ESTE PAGO

BPIN 2022250990001 implementacion del programa Zipaquira muévete por tu bienestar en el municipio de Zipaquira

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.145.454	TARIFA ICA (361.000 X1.000)		ESTAMPILLAS		OTRAS		VALOR A PAGAR	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 2.145.454	$	$ 15.018	0,7%		0,0%		$	2.130.439

SON: dos millones ciento treinta mil cuatrocientos treinta y nueve m/c

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Nº Planilla PILA, o , Nº Autorización pago SS	10679743 10682067	DATOS SEGURIDAD SOCIAL						
		EPS	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
IBC	$ 2.145.454							
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 171.600							
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.400							
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$							
Otras	$							
ARL	$ 15.018							

OBSERVACIONES: ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO/SEGÚN INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES ADJUNTO

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual de la cuenta o informe adjunto.
2. Los documentos soporte cumplen todos los requisitos de pago de seguridad social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y AVC correspondientes a los ingresos devengados del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la determinación de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.
3. Pertenezco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación Persona Natural/contratista".
4. Toda la información aquí consignada es verídica.
5. He leído y entendido la descripción del pago con cargo al Certificado Bajo El contrato.
6. No he contratado y/o vinculado bajo ninguna modalidad laboral a ni a ningún familiar dentro del tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con el deudor del presente contrato.
7. He actualizado en RUT de la cuenta a la que solicito se realice el pago.
8. Conozco las fechas de pago establecidas en el contrato y entiendo que de no radicar mi cuenta dentro de los términos establecidos, el pago podrá ser realizado en el mes siguiente.

ANDY STEPHEN PUCHE ARIAS

EL CONTRATISTA

VERSION FINAL

FA-FT-08-01 Vers. 05

1506
22 Agosto
2023

19-07-2023

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	1075683157	Angi Viviana Pulido Farias	Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ		SI

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	
2023-08	2023-08	I	30/08/2023	70429743	$330.600	

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					
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										

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	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	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	330.600

PAGADA

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	1075683157	Angi Viviana Pulido Farias		Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ		SI

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	
2023-08	2023-08	I	30/08/2023	70429743	$330.600	

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	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1075683157	Pulido Farias Angi Viviana	3	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1075683157	ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS	Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ		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
70429743	30/08/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	N	30/08/2023	70460067	$12.200	

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					

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

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	Total a Pagar	No. Afiliados

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
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	1	12.200	12.200

PAGADA

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	1075683157	ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS	Zipaquira	3144563112	vivipuli9997@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ		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
70429743	30/08/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	N	30/08/2023	70460067	$12.200	

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	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1075683157	Pulido Farias Angi Viviana	59	0			N																	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	0

PAGADA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Banco Caja Social
Su banco amigo.

FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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 nacionalpara 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 propiedadintelectual) 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 **70429743-70460067**
Valor a cobrar por mes **DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTROS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/TE. $2.145.458**

Periodo Cotizado	Nombre de la Entidad		Valor Aportante	Valor Total Aportes
Agosto	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 [X] A cuál _____

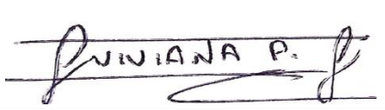
4. Estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anteriorSI [ ] NO [X]

5. Así mismo de otra parte certificó que pertenezco a: Régimen simplificado [X] Régimen común [ ]

Estoy obligado a facturar: SI [ ] NO [X]

6. Mi código de actividad económica establecida en el RUT conforme a los códigos CIIU es: 8299

Esta declaración la hago a los **22 días del mes de AGOSTO del año 2023** de conformidad con lo dispuesto enel 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