**CUENTA DE COBRO**

**N°:**

**FUNDACION UNIVERSITARIA CLARETIANA**

**NIT. 900.005.936-6**

**Calle 20 # 5-66 Barrio la Yesquita Teléfono: 672-60-33**

**Quibdó- Chocó**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE EMISIÓN** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** |  | | |
| **CÉDULA/NIT** |  | **DE** |  |
| **DIRECCIÓN** |  | | |
| **CIUDAD** |  | **TELÉFONO** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | |
| **VALOR EN NÚMEROS** |  | | |
| **VALOR EN LETRAS** |  | | |
| **POR CONCEPTO DE** |  | | |
| **INFORMACIÓN CONTRACTUAL** | Número de contrato: | | |
| Fecha del contrato: | | |
| Contrato Perfeccionado y legalizado: SI ( ) NO ( ) | | |
| **INFORMACIÓN TRIBUTARIA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO:** | Pertenezco al Régimen NO contributivo, no estoy Obligado a facturar electrónicamente. | | |
| **CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** | 1. Que Pertenezco al Régimen No contributivo 2. Que de conformidad a lo dispuesto en el numeral 7 del artículo 7 de la Resolución 000042 de 2020 NO estoy obligado a expedir factura electrónica de venta, toda vez que, mis ingresos totales en el año anterior o en el año en curso fueron inferiores a tres mil quinientas (3.500) Unidades de Valor Tributario - UVT 3. Que la pila adjunta he incluido como base de seguridad social el 40% del total de mis ingresos. 4. Solicito aplicar tarifa de tabla de retención en la fuente así:   Por concepto de ingresos por honorarios ART. 383 del E.T. Igualmente informo que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad.  Favor aplicar retención plena. | | |
| **FORMA DE PAGO** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Efectivo** |  | **Consignación Bancaria** | | |  | | | **Autorización para consignación en cuenta bancaria** | | | | | | | | Número de cuenta | |  | | | | | | Banco | |  | | | | | | Titular de la cuenta | |  | | | | | | Cédula/NIT | |  | | | | | | Ciudad apertura Cuenta | |  | | | | | | Tipo de cuenta | | Ahorro |  | Corriente | |  | | | |
| **ANEXOS** | Rut, Seguridad social pagada, Acta de aprobación para pago de contratista. | | |
| **FIRMA DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO** | Firma: | | |
| Cédula: | | |