

[illegible]

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 71746652		TRUJILLO URRIBE HENIER ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle18 #7-59 ofc308	PEREIRA-RIKALDA	3209487	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banko	Valor
2022-12	2022-12	1802171737	9443998906	I	2023/01/09	2022/12/09	BANCOLOMBIA	\$203.200
							Dias Mora	0

100

EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESG				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC
SUSCRIPTOS PRINCIPAL (4 Afiliados)																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																	
Ciudad: PEREIRA Dajaro: RISARALDA (1 Afiliados)																	
1	CC	71748652	25-14	21	\$700,000	\$112,000	EP5000	21	\$700,000	\$87,500	0		\$700,000	\$0	14-25	21	\$700,000
Total Afiliados(1)							\$700,000	\$112,000		\$700,000	\$87,500		\$700,000	\$0			\$700,000



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 2.524.000	\$ 1.009.600

PENSION	\$ 161.536
---------	------------

SALUD	\$ 126.200
-------	------------

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	\$ 5.270

\$ 293.006
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que SI ☒ NO ☐ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de 586.500 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.