CUENTA DE COBRO

MARIA JULIETA RAMIREZ LOPEZ
C.C. 33.965.686

NO RESPONSABLE DE IVA

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	Calle 12 # 7-24 apto 305
Fecha:	mayo 6 de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 171-2024**
Concepto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, PARA LOS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL EJECUTADOS A TRAVÉS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
Período:	Del 4 de abril al 3 de mayo de 2024
Valor:	DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2’200.000)
Consignar en la cuenta:	Davivienda –127500077269 – Cuenta de Ahorros

C E R T I F I C O

Que realicé los aportes al Sistema de Seguridad Social, por los ingresos materia de la Cuenta de Cobro, de conformidad con la Resolución 3559 y 1273 de 2018, según la Planilla de Pago N° **1062713295**. Así mismo, Certifico que estos aportes no han sido restados de la Base de Retención en la Fuente a títulos de Impuesto de Renta por parte de otros Contratantes; por lo tanto, puede ser tomados para tal fin por el Municipio de Santa Rosa de Cabal.

MARÍA JULIETA RAMÍREZ LÓPEZ
C.C. 33.965.686 de Santa Rosa de C.
Contrato N°171-2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-05-03, 02:41:28 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1062713295

Periodo Cotización 202404 **Periodo Servicio** 202404

PAGADA 2024-05-03 14:39:30.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA JULIETA RAMIREZ				
Documento	CC 33965686	**Dirección**	CR 15 #8 - 63 CENTRO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3640106		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SANTA ROSA DE CABAL	**Departamento**	RISARALDA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 33965686		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ LOPEZ MARIA JULIETA	66682000 - 66		RISARALDA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 1.300.000	230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-25	1	0,522 %	$ 1.300.000	$ 6.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2,200,000	$ 1,300,000

PENSION	$ 208,000
SALUD	$ 162,500

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	0.522%	$ 6,786

$ 377,286
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.

ANA CONSTANZA OSPINA GIRALDO - SUPERVISORA

NOMBRE DEL CONTRATISTA - 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** **X** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.