CUENTA DE COBRO

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18591990

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Calle 27 #11-15
Fecha:	24 de mayo de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 295-2024**
Concepto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO MONITOR PARA ACOMPAÑAR EL PROGRAMA DE ESCUELAS DE INICIACION Y FORMACION DEPORTIVA ESPODE DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Período:	Del 15 de abril al 14 de mayo de 2024
Valor:	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (1'950.000)
Consignar en la cuenta:	DAVIVIENDA – **0570127570004359** – CUENTA DE AHORROS

C E R T I F I C O

Que realizaré 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°**9467063668,** del mes de abril. 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.

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18591990, Santa Rosa de Cabal, Risaralda
Contrato N°295/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	9467063668	9467063668	I	2024/05/23	2024/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	18591990	MARTINEZ LUIS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	9467063668	9467063668	I	2024/05/23	2024/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.950.000	$ 1.300.000

PENSION	$ 208.000
SALUD	$ 162.500

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2,436%	$ 31.668

$ 402.168
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

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA -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 X_ NO** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.