CUENTA DE COBRO

JESSICA VIVIANA MACHADO MOSQUERA
1.058.816.469

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Vereda Samaria Baja Casa #20
Fecha:	10 de julio de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 370-2024**
Concepto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ENLACE PARA LA POBLACION ETNICA Y MIGRANTE DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
Período:	Del 23 de mayo al 22 de junio de 2024
Valor:	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1'950.000)
Consignar en la cuenta:	Bancolombia – 03158288246 – Cuenta de Ahorros

C E R T I F I C O

Que realice 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°9469163064 correspondiente al mes de mayo y N°9469271493 correspondiente al mes de junio. 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.

Declaro que para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las rentas de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de honorarios o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

JESSICA VIVIANA MACHADO MOSQUERA
C.C. 1.058.816.469 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°370/2024

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 1058816469		MACHADO MOSQUERA JESSICA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Samaria baja casa #20	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3648012	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	9469163064	9469163064	I	2024/06/19	2024/06/27	BANCO DE BOGOTA	7	$101,600

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)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$0	$0			$346,667	$1,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$0	$0			$346,667	$1,900		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$0	$0			$346,667	$1,900		$0	$0
1	CC	1058816469	MACHADO JESSICA	25-14	8	$346,667	$55,500	EPS037	8	$346,667	$43,400		0	$0	$0	14-11	8	$346,667	$1,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$0	$0			$346,667	$1,900		$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 1058816469		MACHADO MOSQUERA JESSICA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Samaria baja casa #20	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3648012	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	9469163064	9469163064	I	2024/06/19	2024/06/27	BANCO DE BOGOTA	7	$101,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,500	$400	$0	$55,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$55,500	$400	$0	$55,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$100	$0	$2,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,900	$100	$0	$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,400	$300	$0	$43,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$43,400	$300	$0	$43,700
TOTAL				1	$100,800	$800	$0	$101,600

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 1058816469		MACHADO MOSQUERA JESSICA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Samaria baja casa #20	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3648012	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	31333853	9469271493	I	2024/07/16	2024/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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	$6,800		$0	$0
1	CC	1058816469	MACHADO JESSICA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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 1058816469		MACHADO MOSQUERA JESSICA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Samaria baja casa #20	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3648012	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	31333853	9469271493	I	2024/07/16	2024/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$377,300**	**$0**	**$0**	**$377,300**

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
	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

JESSICA VIVIANA MACHADO MOSQUERA- 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.