CUENTA DE COBRO
NICOLAS GARCIA SANCHEZ
1089931779

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	calle 28bis mz11 cs12
Fecha:	octubre 22 de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 573-2024**
Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA SUBSECRETARÍA DE JUVENTUDES Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL EN LA VIGENCIA 2024
Período:	Del 18 de septiembre al 17 de octubre de 2024
Valor:	DOS MILLONES QUINIENTOS ($2'500.000)
Consignar en la cuenta:	Bancolombia –91270813483-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° 9475589957 de septiembre.

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 **N°573/2024** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

NICOLAS GARCIA SANCHEZ
C.C1089931779 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°573/2024

Powered by CamScanner

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 1089931779		GARCIA SANCHEZ NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 28 bis man 11 casa 12	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3185820610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	90546810	9475589957	I	2024/10/18	2024/10/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$327,100

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)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$5,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$5,900		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$5,900		$0	$0
1	CC	1089931779	GARCIA NICOLAS	25-14	26	$1,126,667	$180,300	EPS017	26	$1,126,667	$140,900		0	$0	$0	14-25	26	$1,126,667	$5,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667	$5,900		$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 1089931779		GARCIA SANCHEZ NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 28 bis man 11 casa 12	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3185820610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	90546810	9475589957	I	2024/10/18	2024/10/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$327,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,300	$0	$0	$180,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$180,300	$0	$0	$180,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,900	$0	$0	$5,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$5,900	$0	$0	$5,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,900	$0	$0	$140,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$140,900	$0	$0	$140,900
TOTAL				**1**	**$327,100**	**$0**	**$0**	**$327,100**

ADMINISTRACION MUNICIPAL

SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2.500.000	$ 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.

YÉSICA ELIANA RAMÍREZ LÓPEZ-Supervisora (E)

NICOLAS GARCIA SANCHEZ

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.

Powered by CamScanner