CUENTA DE COBRO

ANTONIO JOSÉ TOBÓN ECHEVERRI
C.C. 18597870

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Carrera 27 A #17-30
Fecha:	21 de octubre de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	(6) 366 04 82
Contrato	N°: 504-2024
Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN LA COORDINACIÓN DE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2024.
Período:	Del 2 de septiembre al 1 de octubre de 2024
Valor:	TRES MILLONES DE PESOS ($3'000.000)
Consignar en la cuenta:	Banco Davivienda – No. 127500081469 – 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 las Planillas de Pago N° 9474435689 del mes de septiembre de 2024.

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 No. 504-2024 con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

ANTONIO JOSÉ TOBÓN ECHEVERRI
C.C. 1897870 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°504/2024

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 18597870		TOBON ECHEVERRI ANTONIO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 27 A #17-30 Piso 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3656514	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	952879699	9474435689	N	2024/10/17	2024/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$384,100

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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	$13,600		$0	$0
1	CC	18597870 TOBON ANTONIO	25-14	30	($1,720,000)	($275,200)	EPS037	30	($1,720,000)	($215,000)		0	$0	$0	14-25	30	($1,720,000)	($18,000)	0	$0	$0
2	CC	18597870 TOBON ANTONIO	25-14	30	$3,020,000	$483,200	EPS037	30	$3,020,000	$377,500		0	$0	$0	14-25	30	$3,020,000	$31,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$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 18597870		TOBON ECHEVERRI ANTONIO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 27 A #17-30 Piso 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3656514	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	952879699	9474435689	N	2024/10/17	2024/10/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$384,100

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	$13,600	$0	$0	$13,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$13,600	$0	$0	$13,600
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	$384,100	$0	$0	$384,100

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 3.000.000	$ 1.300.000

PENSION	$ 208.000

SALUD	$ 162.500

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	1,044%	$ 13.572

$ 384.072
TOTAL

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

YESICA ELIANA RAMIREZ GIRALDO-Supervisora

ANTONIO JOSÉ TOBÓN ECHEVERRI - 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 una entidad publica por valor de $1.800.000 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social del mes de septiembre de 2024.