CUENTA DE COBRO

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18591990

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Calle 27 #11-15
Fecha:	16 de diciembre de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	N°: 672-2024
Concepto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA ESPODE 2024 COMO FORMADOR EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Período:	Del 7 de diciembre al 16 de diciembre de 2024
Valor:	SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($733.333).
Consignar en la cuenta:	BANCO DE BOGOTA– 572359867 – CUENTA DE AHORROS

CERTIFICO

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° N°9478200245 del mes de diciembre 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 **N°672/2024** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18591990, Santa Rosa de Cabal, Risaralda
Contrato N°672/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

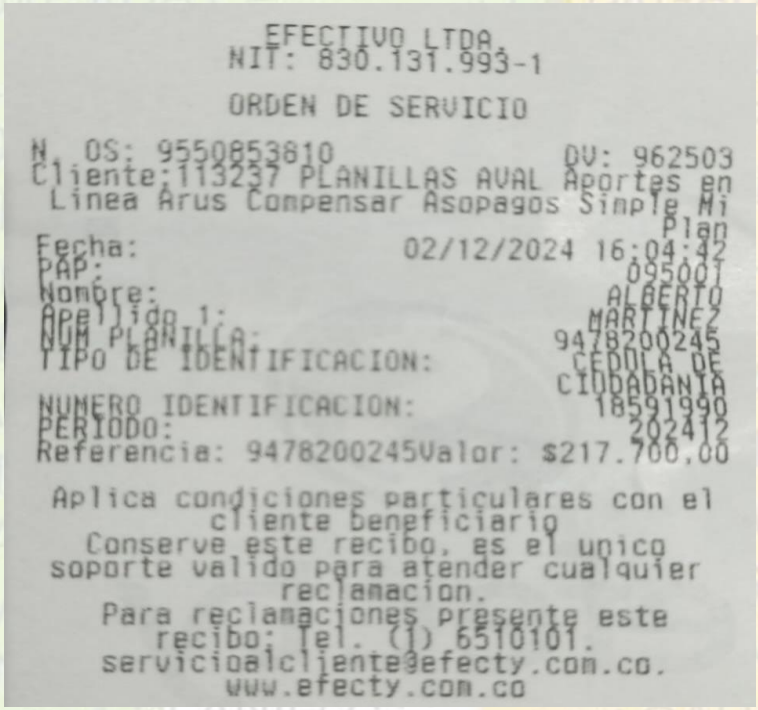
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	04411909	9478200245	I	2025/01/23	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$217,700

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)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$7,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$7,700		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$7,700		$0	$0
1	CC 18591990	MARTINEZ LUIS	25-14	17	$736,667	$117,900	EPS002	17	$736,667	$92,100		0	$0	$0	14-23	17	$736,667	$7,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$7,700		$0	$0



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9550853810 DV: 962503
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 02/12/2024 16:04:42
PAP: 095001
Nombre: ALBERTO
Apellido 1: MARTINEZ
NUM PLANILLA: 9478200245
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 18591990
PERIODO: 202412
Referencia: 9478200245Valor: $217.700,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

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
2024-12	2024-12	04411909	9478200245	I	2025/01/23	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$217,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,900	$0	$0	$117,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$117,900	$0	$0	$117,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,700	$0	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,100	$0	$0	$92,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$92,100	$0	$0	$92,100
TOTAL				**1**	**$217,700**	**$0**	**$0**	**$217,700**

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2.200.000	$ 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%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ -Supervisora encargada

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 $2.500.000 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.