CUENTA DE COBRO

SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
C.C. 1053821983

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Carrera 11 #44-63
Fecha:	27 de noviembre de 2024
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	N°: 633-2024
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 02 de octubre al 01 de noviembre de 2024
Valor:	DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2'200.000)
Consignar en la cuenta:	DAVIVIENDA –488442321409– Cuenta de ahorros

CERTIFICO

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°7946293223 del mes de octubre.

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 qué 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).

SIMON MATEO

SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
C.C. 1.053.821.983 de MANIZALES
Contrato N°633/2024

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053821983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 NUMERO 44 63	TELÉFONO:	3658297
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	921016 - SIMON MATEO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946293223**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1022333954

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-29	14-29-LA EQUIDAD	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
																													PENSIÓN									SALUD						ARP																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1053821983	GOMEZ GIRALDO SIMON MATEO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-29-LA EQUIDAD	30	$ 1.300.000	105382198	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

ADMINISTRACION MUNICIPAL

SANTA ROSA DE CABAL

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

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ-Supervisora

SIMON MATEO

SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO-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.