CUENTA DE COBRO

GERMAN HINCAPIE GARZON
C.C. 18´594.573

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	CARRERA 13 # 9-51
Fecha:	04 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°: 671-2024
Concepto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2024 COMO FORMADOR EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL.
Período:	Del 04 de Diciembre / 18 Diciembre de 2024
Valor:	UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1´250.000=)
Consignar en la cuenta:	BANCOLOMBIA CUENTA 744-34571816

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 la Planilla de Pago N° **9478078527** mes de Diciembre.

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 haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos y 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).

GERMAN HINCAPIE GARZON
C.C. 18´594.573 SRC
Contrato N° 671 / 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 18594573		HINCAPIE GARZON GERMAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA LA LEONA FINCA LA REINA	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640646	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	65879633	9478078527	I	2025/01/20	2024/11/29	BANCO DE OCCIDENTE	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	18594573 HINCAPIE GERMAN	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,300,000	$13,600	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 18594573		HINCAPIE GARZON GERMAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA LA LEONA FINCA LA REINA	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640646	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	65879633	9478078527	I	2025/01/20	2024/11/29	BANCO DE OCCIDENTE	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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%)
$ 2.500.000	$ 1.300.000

PENSION	$ 208.000
SALUD	$ 162.500

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	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 RAMÍREZ LÓPEZ-Supervisora

GERMAN HINCAPIE GARZON -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.