CUENTA DE COBRO

YENI LORENA FLOREZ FLOREZ
C.C. 1093228286

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Calle 17 # 15-30
Fecha:	23 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°: 680-2024
Concepto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA ESPODE 2024 COMO FORMADOR EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL
Período:	Del 18 de diciembre al 22 de diciembre de 2024
Valor:	TRECIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS (325.000)
Consignar en la cuenta:	BANCO DE BOGOTA – 468132196 – CUENTA DE 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° 9477235641 del 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 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°680/2024 suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Yeni Lorena Florez

YENI LORENA FLOREZ FLOREZ
C.C. 1093228286, SANTA ROSA D ECABAL
Contrato N°680/2024

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1093228286		FLOREZ FLOREZ YENI LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 17 15-30	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3207765478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1046002162	9477235572	I	2024/12/19	2024/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	$525,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,780,000	$284,800			$1,780,000	$222,500			$0	$0			$1,780,000		$18,600		$0	$0		$525,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,780,000	$284,800			$1,780,000	$222,500			$0	$0			$1,780,000		$18,600		$0	$0		$525,900
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)																						$1,780,000	$284,800			$1,780,000	$222,500			$0	$0			$1,780,000		$18,600		$0	$0		$525,900
1	CC	1093228286 FLOREZ YENI																		23030 1	30	$1,780,000	$284,800	EPS002	30	$1,780,000	$222,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,780,000	1.044%	$18,600	0	$0	$0	No	$525,900
Total		**Afiliados(1)**																				$1,780,000	$284,800			$1,780,000	$222,500			$0	$0			$1,780,000		$18,600		$0	$0		$525,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1093228286		FLOREZ FLOREZ YENI LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 17 15-30	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3207765478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1046002162	9477235572	I	2024/12/19	2024/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	$525,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$284,800	$0	$0	$284,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$284,800	$0	$0	$284,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,600	$0	$0	$18,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$18,600	$0	$0	$18,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$222,500	$0	$0	$222,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$222,500	$0	$0	$222,500
TOTAL				**1**	**$525,900**	**$0**	**$0**	**$525,900**

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.950.000	$ 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 LÓPEZ-Supervisora

YENI LORENA FLOREZ FLOREZ - 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.