CUENTA DE COBRO
MARIA JULIETA RAMIREZ LOPEZ
C.C. 33.965.686

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	calle 12 # 7-24
Fecha:	marzo 28 de 2025
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 275-2025**
Concepto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA LOS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL EJECUTADOS A TRAVÉS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
Período:	Del 28 de febrero al 27 de marzo de 2025
Valor:	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2’500.000)
Consignar en la cuenta:	Davivienda –127500077269 – 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° **1071380777** (febrero).

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°275/2025** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

MARÍA JULIETA RAMÍREZ LÓPEZ
C.C. 33.965.686 de Santa Rosa de C.
Contrato N°275/2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-28, 11:24:22 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071380777

Periodo Cotización 202502 **Periodo Servicio** 202502

PAGADA 2025-03-28 11:22:13.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA JULIETA RAMIREZ				
Documento	CC 33965686	**Dirección**	CR 15 #8 - 63 CENTRO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3640106		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SANTA ROSA DE CABAL	**Departamento**	RISARALDA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 33965686		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ LOPEZ MARIA JULIETA	66682000 - 66		RISARALDA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	21	21	21	0			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 996.450	$ 159.500	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 996.450	$ 124.600	$ 0	14-25	1	0,522 %	$ 996.450	$ 5.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 159.500	$ 0	$ 0	$ 124.600	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2.500.000	$ 1.423.500

PENSION	$ 227.760
SALUD	$ 177.938

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	$ 7.431

$ 413.128
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.

DUBERNEY GUTIERREZ ZAPATA -Supervisor

MARIA JULIETA RAMIREZ LOPEZ-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.