CUENTA DE COBRO

GERMÁN HINCAPIÉ GARZÓN
18.594.573

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	Carrera 13 # 9-51
Fecha:	marzo 27 de 2025
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 205-2025**
Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2025
Período:	Del 17 de febrero al 16 de marzo de 2025
Valor:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2´850.000)
Consignar en la cuenta:	BANCOLOMBIA – 744-34571816 – 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° 9482562498 del mes de Febrero y la Planilla de Pago N° 9482662747 del mes de Marzo

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 o abonos en cuenta por concepto de honorarios o por compensaciones; por SERVICIOS PERSONALES originados en el Contrato **N° 205/2025** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Germán Hincapié Garzón
C.C. 18´594.573 de Santa Rosa de Cabal
Contrato **N° 205/2025**

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - 1e593db31c38-2460768114836-608ba64d4714
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 1e593db31c38-2460774145337-7b80928a3749
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 1e593db31c38-2460776165150-57c5851bb014

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
2025-02	2025-02	20285232	9482562498	I	2025/03/18	2025/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	18594573 HINCAPIE GERMAN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - 0da1103bddd7-2460768114720-ae4703d3e087
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460774145405-2793e9c927c6
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460776165151-a5511dd77d59

2025/03/03 01:09 PM

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
2025-02	2025-02	20285232	9482562498	I	2025/03/18	2025/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - 0da1103bddd7-2460768114720-ae4703d3e087
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460774145405-2793e9c927c6
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460776165151-a5511dd77d59

2025/03/03 01:09 PM

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
2025-03	2025-03	35162898	9482662747	I	2025/04/16	2025/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	18594573 HINCAPIE GERMAN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - 0da1103bddd7-2460768114720-ae4703d3e087
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460774145405-2793e9c927c6
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460776165151-a5511dd77d59

2025/03/04 01:05 PM

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
2025-03	2025-03	35162898	9482662747	I	2025/04/16	2025/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - 0da1103bddd7-2460768114720-ae4703d3e087
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460774145405-2793e9c927c6
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - 0da1103bddd7-2460776165151-a5511dd77d59

2025/03/04 01:05 PM

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2,850,000	$ 1,423,500

PENSION	$ 227,760
SALUD	$ 177,938

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2.436%	$ 34,676

$ 440,374
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.

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA 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.

YESICA ELIANA RAMIREZ LOPEZ - b9620cf138e8-2460776155325-451f5ea38a83
LINA MARIA MUÑOZ RINCON - b9620cf138e8-2460776165154-2c25863df873