CUENTA DE COBRO
NICOLAS GARCIA SANCHEZ
1089931779

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	calle 28 bis mz 11 cs 12
Fecha:	Octubre 2 de 2025
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 709-2025**
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**
Período:	Del 3 de septiembre al 2 de octubre de 2025
Valor:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.850.000)
Consignar en la cuenta:	Bancolombia –91270813483-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° 9491402754 del mes de septiembre**

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, pueden 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°709/2025** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).



NICOLAS GARCIA SANCHEZ
C.C 1089931779 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°709/2025

Leidy Vergara Hincapié - 58dc8c38dd22-2460951114713-5df088ef1c20

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 1089931779		GARCIA SANCHEZ NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 28 bis man 11 casa 12	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3185820610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1773119484	9491402754	I	2025/10/20	2025/09/15	NEQUI	0	$385,700

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)					$1,328,600	$212,600			$1,328,600	$166,100			$0	$0			$1,328,600	$7,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,328,600	$212,600			$1,328,600	$166,100			$0	$0			$1,328,600	$7,000		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$1,328,600	$212,600			$1,328,600	$166,100			$0	$0			$1,328,600	$7,000		$0	$0
1	CC	1089931779	GARCIA NICOLAS	25-14	28	$1,328,600	$212,600	EPS017	28	$1,328,600	$166,100		0	$0	$0	14-25	28	$1,328,600	$7,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,328,600	$212,600			$1,328,600	$166,100			$0	$0			$1,328,600	$7,000		$0	$0

Leidy Vergara Hincapié - 2cacc4511bf9-2460951114707-94639dfb8ced

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 1089931779		GARCIA SANCHEZ NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 28 bis man 11 casa 12	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3185820610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1773119484	9491402754	I	2025/10/20	2025/09/15	NEQUI	0	$385,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,600	$0	$0	$212,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$212,600	$0	$0	$212,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$0	$0	$7,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$7,000	$0	$0	$7,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,100	$0	$0	$166,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$166,100	$0	$0	$166,100
TOTAL				**1**	**$385,700**	**$0**	**$0**	**$385,700**

Leidy Vergara Hincapié - 2cacc4511bf9-2460951114707-94639dfb8ced

2025/09/12 09:50 PM

ADMINISTRACION MUNICIPAL

SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2.850.000	$ 1.423.500

PENSION	$ 227.760
SALUD	$ 177.938

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	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.

LEIDY VERGARA HINCAIPÉ-Supervisora

NICOLAS GARCIA SANCHEZ-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.