

**CUENTA DE COBRO N° 01
LUIS ALBERTO MARTINEZ
GAVIRIA
18.591.990**

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio: Santa Rosa de Cabal
Dirección: Calle 27 #11-15 Bosques de Santa Ana
Fecha: octubre 31 de 2025

Señores: Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección: Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono: 366 04 82

Contrato **N°: 756-2025**

Concepto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA
ACOMPañAR LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
ESPODE 2025

Período: Del 15 de septiembre al 14 de octubre de 2025

Valor: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$2'500.000)

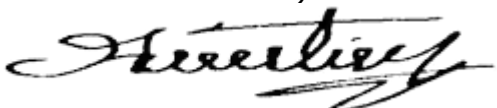
Consignar en la cuenta: Banco de Bogotá – 572359867 –Ahorros

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° 9492739558 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.

Declaró 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°756/2025** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).



LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18.591.990 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°756/2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA	3640106	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	9492739558	9492739558	I	2025/10/22	2025/10/09	BANCO DE BOGOTA	\$420,70

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	\$14,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500				\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$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	\$14,900		\$0	\$0
1	CC	18591990	MARTINEZ LUIS	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$14,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500				\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0

<p>Banco de Bogotá</p>  <p>NIT. 860.002.964-4</p> <p>Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.</p> <p>El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.</p>	<p align="center">Comprobante de Recaudos</p> <p align="right">ESPACIO PARA EL TIMBRE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Banco de Bogotá - RECAUDO PILA 2060 PRO57203 ****5605 T656 ETx08/10/25 15:35H.N0572 Sta Rosa d 202509 84 Aportes en línea PLANILLA No.000009492739558 Identificacion18591990 VALOR PLANILLA:420,700.00 Cargo Cuenta No. Valor Efectivo:420,700.00</p> </div> <p align="right">VALOR \$ _____</p>
---	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	9492739558	9492739558	I	2025/10/22	2025/10/09	BANCO DE BOGOTA	\$420,700

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$420,700	\$0	\$0	\$420,700



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
	1,044%	\$ 14.861

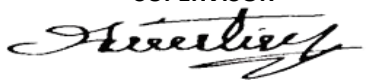
\$ 420.559
TOTAL

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 LOPEZ

SUPERVISOR


LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA

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 _x_ NO _** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de \$2,738,500 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.