CUENTA DE COBRO FINAL
YENI LORENA FLOREZ FLOREZ
C.C. 1.093.228.286
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	calle 17 # 15-30
Fecha:	28 de noviembre de 2025
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 576-2025**
Concepto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA ACOMPAÑAR LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA ESPODE 2025
Período:	Del 16 de noviembre al 15 de diciembre de 2025
Valor:	DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DE PESOS ($2'250.000)
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 planilla de pago N° **9494069220** del mes diciembre anexada.

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°576/2025** 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. 1.093.228.286 SANTA ROSA DE CABAL
Contrato N°576/2025

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
2025-12	2025-12	1885874089	9494069220	I	2026/01/22	2025/10/29	BANCOLOMBIA	0	$589,500

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)																						$1,995,000	$319,200			$1,995,000	$249,400			$0	$0			$1,995,000		$20,900		$0	$0		$589,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,995,000	$319,200			$1,995,000	$249,400			$0	$0			$1,995,000		$20,900		$0	$0		$589,500
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)																						$1,995,000	$319,200			$1,995,000	$249,400			$0	$0			$1,995,000		$20,900		$0	$0		$589,500
1	CC	1093228286 FLOREZ YENI																		23030 1	30	$1,995,000	$319,200	EPS002	30	$1,995,000	$249,400		0	$0	$0	14-25	30	$1,995,000	1.044%	$20,900	0	$0	$0	No	$589,500
Total		**Afiliados(1)**																				$1,995,000	$319,200			$1,995,000	$249,400			$0	$0			$1,995,000		$20,900		$0	$0		$589,500

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
2025-12	2025-12	1885874089	9494069220	I	2026/01/22	2025/10/29	BANCOLOMBIA	0	$589,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$319,200	$0	$0	$319,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$319,200	$0	$0	$319,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$20,900	$0	$0	$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,400	$0	$0	$249,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$249,400	$0	$0	$249,400
TOTAL				**1**	**$589,500**	**$0**	**$0**	**$589,500**

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2,250,000	$ 1,423,500

PENSION	$ 227,760
SALUD	$ 177,938

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	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

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 _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.