CUENTA DE COBRO

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C 18.591.990
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal
Dirección:	Calle 27 #11-15 Bosques de Santa Ana
Fecha:	noviembre 28 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 noviembre al 14 de diciembre 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° **9495094714** de noviembre.

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°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

aportes en línea

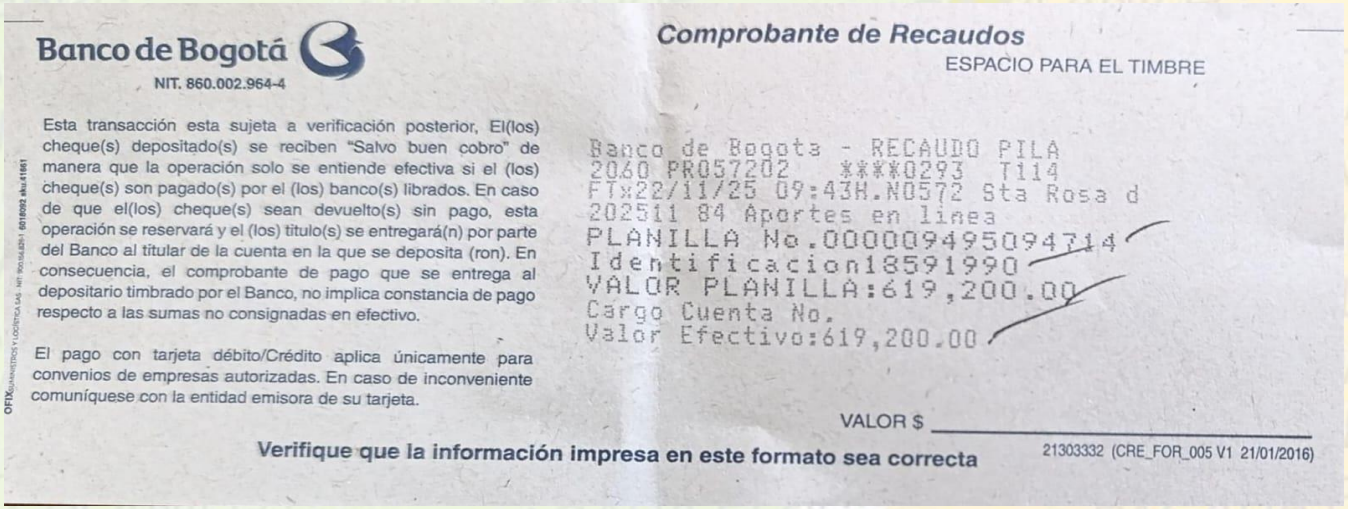
Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 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**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-11	2025-11	9495094714	9495094714	I	2025/12/22	2025/11/24	BANCO DE BOGOTA	0	$619,200

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)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$21,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$21,900		$0	$0
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$21,900		$0	$0
1	CC 18591990	MARTINEZ LUIS	25-14	30	$2,095,400	$335,300	EPS002	30	$2,095,400	$262,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,095,400	$21,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$21,900		$0	$0



Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

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) titulo(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.

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.

OFIX 0016092 alku:41661

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 PR057202 ****0293 T114
FTx22/11/25 09:43H.N0572 Sta Rosa d
202511 84 Aportes en linea
PLANILLA No.00000949509 4714
Identificacion18591990
VALOR PLANILLA:619,200.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:619,200.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

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 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	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	9495094714	9495094714	I	2025/12/22	2025/11/24	BANCO DE BOGOTA	0	$619,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$335,300	$0	$0	$335,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$335,300	$0	$0	$335,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,900	$0	$0	$21,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,900	$0	$0	$21,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,000	$0	$0	$262,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$262,000	$0	$0	$262,000
TOTAL				**1**	**$619,200**	**$0**	**$0**	**$619,200**

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 - 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.