**CUENTA DE COBRO**
**CATHERINE ZAPATA ARROYAVE**
**1093220080**
**ACTA PARCIAL N°2**
**274-2026**

## RÉGIMEN SIMPLIFICADO

| | |
|---|---|
| **Municipio** | Santa Rosa de Cabal |
| **Dirección** | carrera 22b # 25-40 |
| **Fecha** | **ABRIL 6 DEL 2026** |
| **Señores** | Municipio Santa Rosa de Cabal |
| **Dirección** | Carrera 14 N° 12-01 C.A.M. |
| **Teléfono** | 366 04 82 |
| **Contrato N°** | **274/2026** |
| **Concepto** | PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL PROGRAMA DE RECREACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL |
| **Período** | Del 21 de febrero al 20 de marzo de 2026 |
| **Valor** | TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) |
| **Consignar en la Cuenta** | CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA - 572344059 |

## 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 N°3559 y N°1273 de 2018, según la Planilla de Pago N° **6005214483 de febrero.**

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 por el **Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión para el programa de recreación en el municipio de santa rosa de cabal N°274/2026** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Catherine Zapata Arroyave

**CATHERINE ZAPATA ARROYAVE**
C.C. 1.093.220.080 de santa rosa de cabal
Contrato N°274/2026

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1093220080 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CATHERINE ZAPATA ARROYAVE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA ROSA DE CABAL | DEPARTAMENTO: | RISARALDA |
| DIRECCIÓN: | CRA 22B # 25-40 | TELÉFONO: | 3630811 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de apoyo a las empr |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **6005214483** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 2 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/03/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 157190309 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 280.200 | $ 400 | $ 280.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 400** | **$ 280.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 218.900 | $ 300 | $ 0 | $ 219.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 300** | **$ 0** | **$ 219.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 18.300 | $ 18.300 | $ 100 | $ 0 | $ 18.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 18.300** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 18.400** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF44 | CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA | 1 | $ 35.100 | $ 100 | $ 35.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 35.100** | **$ 100** | **$ 35.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1093220080 | ZAPATA ARROYAVE CATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.750.905 | 109322008 | $ 18.300 | 30 | $ 1.750.905 | CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 553.400**

**ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL**
**SANTA ROSA DE CABAL**

| Valor Mensual | Base Cotización (40%) |
|---|---|
| $ 3.000.000 | $ 1.750.905 |

| | |
|---|---|
| PENSION | $ 280.145 |
| SALUD | $ 218.863 |

| ARL | Nivel de Riesgo | Valor |
|---|---|---|
| | 1,044% | $ 18.279 |

| |
|---|
| $ 517.287 |
| 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 LÓPEZ - SUPERVISORA**

Catherine Zapata Arroyave

**CATHERINE ZAPATA - 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.