

CUENTA DE COBRO
LUIS FERNANDO GUERRERO MONSALVE
C.C. 1088282337
ACTA PARCIAL 2-2026
RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Pereira – Risaralda
Dirección:	Carrera 3 #28-16
Fecha:	10 de abril de 2026
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección:	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono:	366 04 82
Contrato	N°: 468-2026
Concepto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPañAR LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2026
Período:	Del 28 febrero al 27 de marzo de 2026
Valor:	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL DE PESOS (\$2'650.000)
Consignar en la cuenta:	BANCOLOMBIA -72150131414– 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 la Planilla de Pago N° **6008639191** de marzo 2026

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°468/2026** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).



LUIS FERNANDO GUERRERO MONSALVE
C.C. 1088282337 Pereira
Contrato N°468/2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1088282337
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUIS FERNANDO GUERRERO MONSALVE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO: RISARALDA
DIRECCIÓN:	CENTRO TELÉFONO: 3333333	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6008639191	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 177991108

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 18.300
SUBTOTAL:			1	\$ 18.300

VALOR SIN MORA:	\$ 517.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 517.400



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 2.650.000	\$ 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.

FIRMA SUPERVISOR YESICA ELAIANA RAMIREZ

LUIS FERNANDO GUERRERO

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.