CUENTA DE COBRO
JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO
C.C. 72.012.859
ACTA PARCIAL N° 04-2026

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio:	Santa Rosa de Cabal – Risaralda
Dirección:	Carrera 9 # 10-41
Fecha:	9 de junio de 2026
Señores:	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato	**N°: 377-2026**
Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2026
Período:	Del 24 de abril al 23 de mayo de 2026
Valor:	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2’650.000)
Consignar en la cuenta:	DAVIVIENDA -0550127500117735– 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° 1113684881 de abril y planilla de pago N°4654188171 de mayo de 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°377/2026** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).



JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO
C.C. 72.012.859 Baranoa
Contrato N°377/2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 72012859
DESDE ABRIL 2026 HASTA MAYO 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012859
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE DE JESUS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CLL 10 9-36	TELÉFONO:	3421214
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012859
APELLLIDOS:	SANTA AGUDELO	NOMBRES:	JOSE DE JESUS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
TIPO COTIZANTE:	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:			
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

PLANILLA No:	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	FECHA DE PAGO:	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:
4654188171	I	mayo - 2026	mayo - 2026	19/05/2026	ÚNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD						ARP						CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.750.905																		231001-COLFONDOS	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	72012859	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

PLANILLA No:	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	FECHA DE PAGO:	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:
1113684881	I	abril - 2026	abril - 2026	19/05/2026	ÚNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD						ARP						CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.750.905																		231001-COLFONDOS	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	72012859	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

PLANILLA No:	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	FECHA DE PAGO:	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:
1113513503	I	marzo - 2026	marzo - 2026	22/04/2026	ÚNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD						ARP						CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																					FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.750.905																		231001-COLFONDOS	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	72012859	$ 18.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

Entregado por:

Recibido por:

Planilla Pagada

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2,650,000	$ 1,750,905

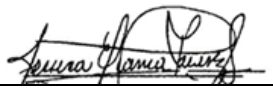
PENSION	$ 280,145
SALUD	$ 218,863

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 ELIANA RAMIREZ



JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO

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.