CUENTA DE COBRO
LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C 18.591.990
ACTA PARCIAL N° 04-2026

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio	Santa Rosa de Cabal
Dirección	Calle 27 # 11-15 Bosques de Santa Ana
Fecha	Junio 10 de 2026
Señores	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato N°	**281 / 2026**
Concepto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA ESPODE 2026.
Período	Del 22 de abril al 21 de mayo de 2026
Valor	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2’500.000)
Consignar en la Cuenta	BANCO DE BOGOTÁ – 572359867 – 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 N°3559 y N°1273 de 2018, según la Planillas de Pago **N°9502535838 de abril de 2026 y N°9504158690 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 por el **Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión N°281/2026** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

LUIS ALBERTO MARTINEZ GAVIRIA
C.C. 18.591.990 de Santa Rosa de Cabal
Contrato N°281/2026

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

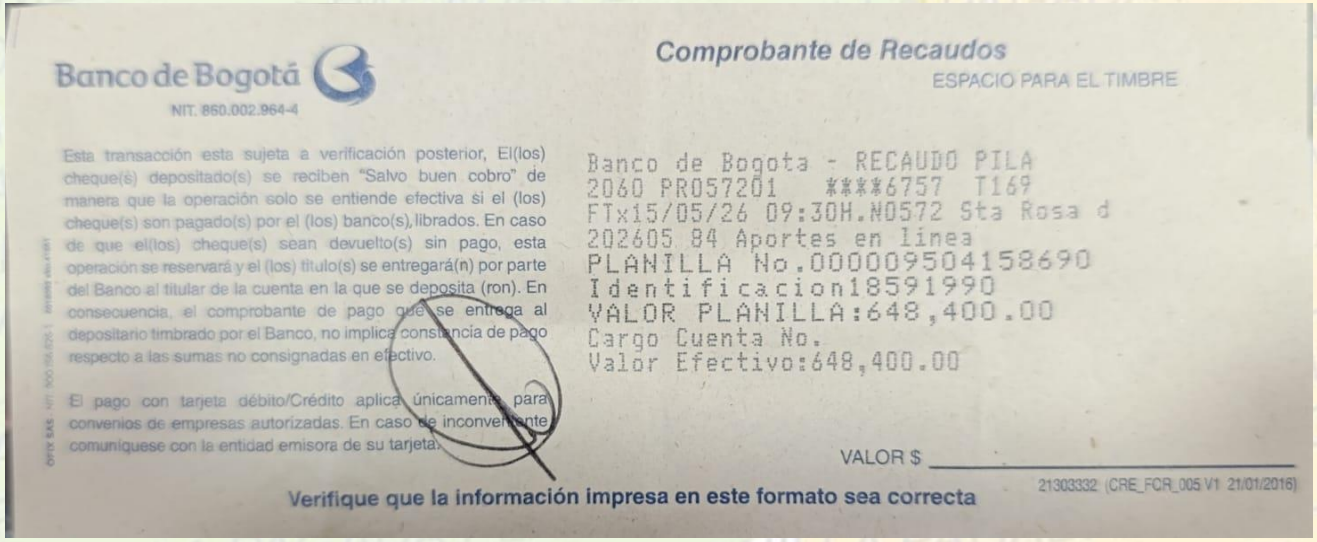
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	9504158690	9504158690	I	2026/06/23	2026/05/15	BANCO DE BOGOTA	0	$648,400

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	$51,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$51,100		$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	$51,100		$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	$51,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$51,100		$0	$0



Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

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.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 PR057201 ****6757 T169
FTx15/05/26 09:30H.N0572 Sta Rosa d
202605 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009504158690
Identificacion18591990
VALOR PLANILLA:648,400.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:648,400.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FCR_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
2026-05	2026-05	9504158690	9504158690	I	2026/06/23	2026/05/15	BANCO DE BOGOTA	0	$648,400

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	$51,100	$0	$0	$51,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$51,100	$0	$0	$51,100
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**	**$648,400**	**$0**	**$0**	**$648,400**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

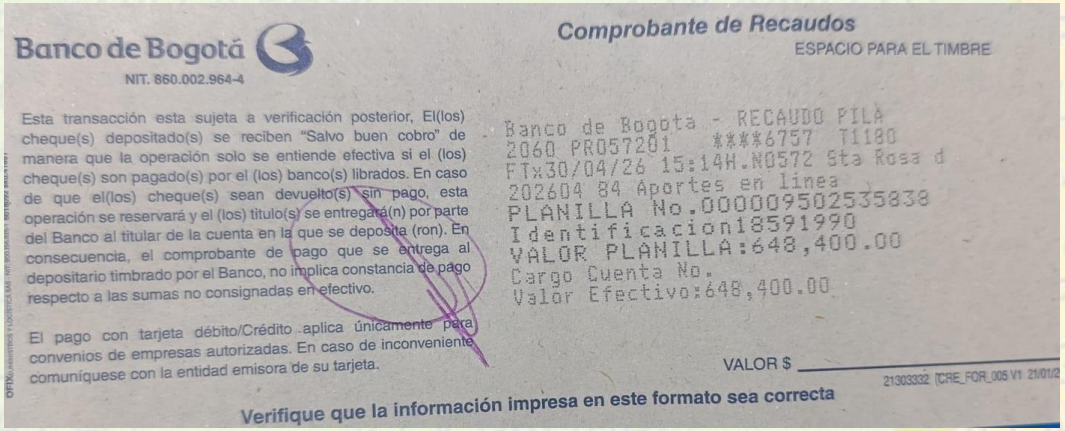
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 29 mz 13 casa 6 betania 2	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	9502535838	9502535838	I	2026/05/25	2026/05/04	BANCO DE BOGOTA	0	$648,400

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	$51,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$51,100		$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	$51,100		$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	$51,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,095,400	$335,300			$2,095,400	$262,000			$0	$0			$2,095,400	$51,100		$0	$0



Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos
ESPACIO PARA EL TIMBRE

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.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 PR057201 ****6757 T1180
FTx30/04/26 15:14H.N0572 Sta Rosa d
202604 84 Aportes en linea
PLANILLA No.0000095025358 38
Identificacion18591990
VALOR PLANILLA:648,400.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:648,400.00

VALOR $

21303332 [CRE_FOR_005 V1 21/01/2

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

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
2026-04	2026-04	9502535838	9502535838	I	2026/05/25	2026/05/04	BANCO DE BOGOTA	0	$648,400

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	$51,100	$0	$0	$51,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$51,100	$0	$0	$51,100
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**	**$648,400**	**$0**	**$0**	**$648,400**

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 2,500,000	$ 1,750,905

PENSION	$ 280,145
SALUD	$ 218,863

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2.436%	$ 42,652

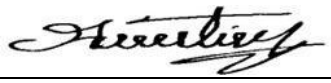
$ 541,660
TOTAL

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 RAMIREZ LÓPEZ



FIRMA CONTRATISTA ALBERTO MARTINEZ

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 2.738.00 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.