

CUENTA DE COBRO 02
CARLOS ANDRÉS LÓPEZ ESCOBAR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC: 1.088.279.459 DE PEREIRA RISARALDA
ACTA PARCIAL N° 02-2026

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Municipio	Santa Rosa de Cabal
Dirección	CRA 25 # 20-10 URBANIZACIÓN LOS SAUCES – BARRIO LA HERMOSA SANTA ROSA DE CABAL
Fecha	Abril 16 de 2026
Señores	Municipio Santa Rosa de Cabal
Dirección	Carrera 14 N° 12-01 C.A.M.
Teléfono	366 04 82
Contrato N°	552 / 2026
Concepto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO COGESTOR PARA EL FOMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL 2026.
Período	Del 27 de FEBRERO hasta el 26 MARZO de 2026.
Valor	TRES MILLONES DE PESOS MTCE (\$3'000.000)
Consignar en la Cuenta	CUENTA AHORROS DAVIVIENDA # 0550488438202415

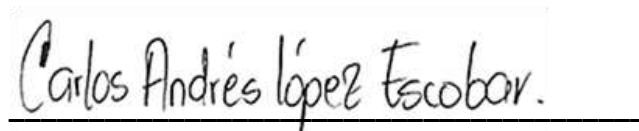
C E R T I F I C O

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 las Planillas **N° 4641560746 (MES DE MARZO) pagada el 06 de Marzo del 2026 ;** anexadas por el Contratista.

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, pueden 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 haré 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 contratista y así dar cumplimiento al objeto contractual: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO COGESTOR PARA EL FOMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y RECREACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL 2026; CONTRATO N°552/2026** suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Cordialmente,



CARLOS ANDRÉS LÓPEZ ESCOBAR

CC: 1.088.279.459 de la ciudad de Pereira, Risaralda.

TELÉFONO: 310 498 7585

Contrato No. 552-2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1088279459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ANDRES LOPEZ ESCOBAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CRA 23 72 105 CUBA	TÉLFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4641560746	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):	2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996005033

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 332.800
SUBTOTAL:			1	\$ 332.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 260.000
SUBTOTAL:			1	\$ 260.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8914800001	CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA	1	\$ 41.600
SUBTOTAL:			1	\$ 41.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 50.700
SUBTOTAL:			1	\$ 50.700

VALOR SIN MORA:	\$ 685.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 685.100

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 332.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800
SUBTOTALES:										\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 50.700	\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700
SUBTOTALES:									\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA	1	\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600
SUBTOTALES:			\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600

TOTAL PAGADO:	\$ 685.100
----------------------	-------------------



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
	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.

YESICA ELIANA RAMIREZ LÓPEZ - SUPERVISORA

CARLOS ANDRES LÓPEZ ESCOBAR - 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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1088279459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ANDRES LOPEZ ESCOBAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CRA 23 72 105 CUBA TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4641560746	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):	2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996005033

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 332.800
SUBTOTAL:			1	\$ 332.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 260.000
SUBTOTAL:			1	\$ 260.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8914800001	CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA	1	\$ 41.600
SUBTOTAL:			1	\$ 41.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 50.700
SUBTOTAL:			1	\$ 50.700

VALOR SIN MORA:	\$ 685.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 685.100

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 332.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800
SUBTOTALES:										\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 50.700	\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700
SUBTOTALES:									\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA	1	\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600
SUBTOTALES:			\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600

TOTAL PAGADO:	\$ 685.100
----------------------	-------------------

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 332.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800
SUBTOTALES:										\$ 332.800	\$ 0	\$ 332.800

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	\$ 260.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 260.000	\$ 0	\$ 0	\$ 260.000
SUBTOTALES:									\$ 260.000				\$ 260.000	\$ 0	\$ 0	\$ 260.000

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 50.700	\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700
SUBTOTALES:									\$ 50.700	\$ 0	\$ 0	\$ 50.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA	1	\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600
SUBTOTALES:			\$ 41.600	\$ 0	\$ 41.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																														
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TOE	TAE	TOP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																												
1	CC 1088279459	LOPEZ ESCOBAR CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.080.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30		\$ 2.080.000	\$ 332.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 332.800	EPS002-SALUD TOTAL	30		\$ 2.080.000	\$ 260.000	\$ 0	\$ 260.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30		\$ 2.080.000	\$ 108827945	\$ 50.700	30	2.080.000	\$ 2.080.000	CCCF44-2.080.000	\$ 41.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

TOTAL PAGADO:	\$ 685.100
----------------------	-------------------



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
	2,436%	\$ 50.700

\$ 549.708
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

Carlos Andrés López Escobar.

FIRMA 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** ____ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.