

Clasificación de la Información: Pública  Reservada  Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	PULECIO TRIANA			
NOMBRES	GABRIEL ANTONIO			
CÉDULA	1.075.272.405			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MEDELLÍN	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. ANTIOQUIA

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	1.290	VALOR TOTAL	\$	80.945.700,00	CDP	5225	RP	123625	
VIGENCIA	2.025	DESDE	28	ENE	2.025	HASTA	15	DIC	2.025
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES								


MODIFICACIONES DEL CONTRATO									
¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE				HASTA			
VALOR ADICIÓN			REDUCCIÓN			VALOR			
¿CESIÓN?	No.	CEDEnte	FECHA			VALOR CESIÓN			
		CESIONARIO	DESDE						
¿SUSPENSIÓN?			DESDE			HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?			FECHA						

INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	8	
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
				\$ 2.943.480,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	7.358.700,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.358.700,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	471.000	<b>DATOS SEGURIDAD SOCIAL</b>	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	367.900	NOMBRE F. PENSIÓN	PROTECCIÓN
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)	NOMBRE EPS	SURA
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	15.400	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

NÚMERO DE ACTIVIDADES		ACTIVIDAD		%	VALOR
1		C-1705-1100-9-10106A-1705020-02	Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante.	100,00%	\$ 7.358.700,00
		TOTALES		100,00%	\$ 7.358.700,00
DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	01485383952

NOTA: (\*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.  
 (\*\*) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA
1° Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2° En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2009.
3° De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS; manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar.
4° De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.
 FIRMA: GABRIEL ANTONIO PULECIO TRIANA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GC-FO-15 INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN (según corresponda), el cual será remitido en original a Gestión Documental para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo el pago.						
N° DE SUPERVISORES	NOMBRE	JHON JAIME POSADA GÓMEZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. ANTIOQUIA
	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: JHON JAIME POSADA GÓMEZ

FIRMA:

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	GABRIEL ANTONIO PULECIO TRIANA	<b>NIT:</b>	1075272405
<b>Tipo Planilla:</b>	I	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	julio 2025
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	julio 2025
<b>Número de Radicación:</b>	89028996 ✓	<b>Total a pagar:</b>	\$860,500 ✓
<b>Fecha de vencimiento:</b>	04/08/2025	<b>Total de empleados:</b>	1
<b>Fecha de Pago:</b>	15/08/2025 ✓	<b>Número de Administradoras:</b>	3

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA	<b>Número Autorización:</b>	1702204890
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$15,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$474,300
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0	\$370,600
						\$860,500

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**



Le informamos que el pago de la planilla No. 89028996, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

