

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APPELLIDOS	AGUDELO VEGA			
NOMBRES	EVELYN			
CÉDULA	1.072.639.848			
CIUDADES DONDE PRESTA EL SERVICIO	VILLAVICENCIO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. META - VILLAVICENCIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	1.079	VALOR TOTAL	\$	84.625.050,00	CDP	4025	RP	105925	
VIGENCIA	2.025	DESDE	25	ENE	2.025	HASTA	31	DIC	2.025
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES								

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

INFORMACIÓN PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	9	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.943.480,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGUN CONTRATO	\$	7.358.700,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.358.700,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	471.000
APORTES OBLIG. EN SALUD (12.5%) (*)	\$	367.900
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	15.400
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$ -
IVA	\$ -
DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1799-1100-1-10106A-1799060-02Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	100,00%	\$ 7.358.700,00
TOTALES		
	100,00%	\$ 7.358.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	46684603108

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, será 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, cobrarán 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: EVELYN AGUDELO VEGA

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	ROBERT GABRIEL BARRETO LARA	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. META - VILLAVICENCIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ROBERT GABRIEL BARRETO LARA

FIRMA:

EVELYN AGUDELO VEGA

verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.



Tipo de documento*

Número de documento*

Número de planilla*

Valor Planilla*

Periodo de pago salud*

Mes*

Año*

Fecha de pago de la planilla*

Redes de Pago



Fechas de Pago
Hoy 24 Septiembre
2025 pagan:

Ver fechas de pago

Regresar

Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Agosto - 2025
Pension	Porvenir	Agosto - 2025
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Agosto - 2025

VERIFICÓ: MARTHA CECILIA RAMOS MEZA *[Signature]*

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40189635	LINA ROCIO RODRIGUEZ BELTRAN		Conjunto Quintas Morelia C 57	6725376	linita_rodriguez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89439042	\$697.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	299.200	0		0		0	7	1.400	0	300.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	382.900	0	0	0	0	7	1.700	0	384.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	12.500				12.500	7	100	12.600			125	12.600	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	299.200	300.600
Pensión	1	382.900	384.600
Riesgos Laborales	1	12.500	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	694.600	697.800



DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	40189635	LINA ROCIO RODRIGUEZ BELTRAN	Conjunto Quintas Morelia C 57	6725376	linita_rodriguez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89439042	\$697.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Exonerado	Calificación	Exonerado	INC	NET	TUE	FAE	TUP	TAP	UPE	UPE	ISE	IMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONTRIBUCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	40189635	RODRIGUEZ BELTRAN LINA ROCIO	59	0				N															230301	2.393.000	382.900	0	0	0	0	EPS017	2.393.000	299.200	14-11	2.393.000	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA