

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada
16/01/2025

Fecha de aprobación:

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	ERIRA SALAZAR			
NOMBRES	LORENA ARGENIS			
CÉDULA	1.126.446.560			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MEDELLÍN	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. ANTIOQUIA

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	3.481	VALOR TOTAL	\$	38.786.550,00	CDP	8525	RP	1031325	
VIGENCIA	2.025	DESDE	28	JUL	2.025	HASTA	31	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							

INFORMACION PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	3		
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.820.840,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	7.052.100,00	NÚMERO DE FACTURA	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$	-	BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.052.100,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	451.300	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (**)	\$	352.600	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	CINCO (V)		NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	-	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

NÚMERO DE ACTIVIDADES		
2		
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-8-10106A-1705028-02Realizar la adopción de informes de caracterización de afectaciones territoriales.	80,00%	\$ 5.641.680,00
C-1705-1100-8-10106A-1705028-02Radicar las Demandas de restitución de derechos territoriales	20,00%	\$ 1.410.420,00
TOTALES	100,00%	\$ 7.052.100,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO POPULAR	TIPO	AHORROS	No. CTA	230290353747

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.

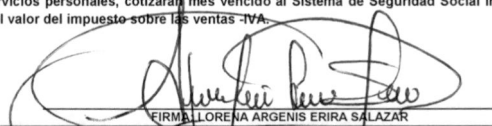
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

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, 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: LORENA ARGENIS ERIRA SALAZAR

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 GOMEZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. ANTIOQUIA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: JHON JAIME POSADA GOMEZ

FIRMA:

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1126446560		ERIRA SALAZAR LORENA ARGENIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 # 5 - 41	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4282086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1783655233	9490984477	I	2025/10/15	2025/09/17	BANCO POPULAR	0	\$818,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
1	CC 1126446560	ERIRA SALAZAR LORENA ARGENIS	230301	30	\$2,820,840	\$451,400	EPS037	30	\$2,820,840	\$352,700	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,820,840	\$14,800	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$2,820,840	\$451,400			\$2,820,840	\$352,700			\$0	\$0			\$2,820,840	\$14,800		\$0	\$0		

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$451,400	\$0	\$0	\$451,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$451,400	\$0	\$0	\$451,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700
TOTAL				1	\$818,900	\$0	\$0	\$818,900

VALOR IBC aporte seguridad social mes de SEPTIEMBRE CTO 3481 de 2025

INFORMACION PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	3	
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.820.840,00	
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	7.052.100,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE \$ -	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.052.100,00	IVA \$ -	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	451.300	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	352.600	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		CINCO (V)	NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (*) MES ANTERIOR	\$	-	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

DATOS VALIDACION DEL OPERADOR

aportes en línea

Contribución Solidaria | Certificado de aportes | Declaración de renta | Número de planilla | Pago electrónico | Soporte de pago | Verificar planilla

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1126446560

EPS: NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS: 352700

Clave de pago: 9490984477

Período de cotización (salud): 2025 - 09

No soy un robot

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

*Pdo MN / da
25/09/25.*



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 1126446560		ERIRA SALAZAR LORENA ARGENSIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 7 # 5 - 41	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4282086	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1714056493	948994534	1	2025/09/12	2025/08/20	BANCO POPULAR	0	\$818,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1126446560	ERIRA SALAZAR LORENA ARGENSIS	230301	30	\$2,820,840	\$451,400	EP5037	30	\$2,820,840	\$352,700		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,820,840	\$14,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$2,820,840	\$451,400			\$2,820,840	\$352,700			\$0	\$0			\$2,820,840	\$14,800		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$451,400	\$0	\$0	\$451,400	
PORVENIR	290301	800,224,808	8	1	\$451,400	\$0	\$0	\$451,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700	
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$352,700	\$0	\$0	\$352,700	
TOTAL				1	\$818,900	\$0	\$0	\$818,900	

ok

VALOR IBC aporte seguridad social mes de AGOSTO CTO 3481 de 2025

INFORMACION PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	2	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.820.840,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	7.052.100,00	NÚMERO DE FACTURA		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$		BASE GRAVABLE	\$	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.052.100,00	IVA	\$	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	451.300	DATOS SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	352.600	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR	
CLASIFICACION DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	14.700	NOMBRE ARL	POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$				

DATOS VALIDACION DEL OPERADOR

[Instructivo](#)

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
 Número de documento: 1126448580

EPS: NUEVA E.P.S.

Valor aportado a EPS: 352700

Clave de pago: 9486984534

Período de cobización (salud): 2025 08

No soy un robot



Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.



*Rdb M.Nickla
28/08/25*