

56

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	CAMACHO GORDILLO			
NOMBRES	ANGIE LIZETH			
CÉDULA	1.022.968.770			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	3.234	VALOR TOTAL	\$	49.384.700,00	CDP	2125	RP	794625	
VIGENCIA	2.025	DESDE	18	JUN	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								

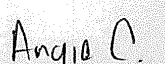
INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	6	
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
				\$ 2.820.840,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	7.052.100,00	NÚMERO DE FACTURA	N/A	
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	COLPENSIONES	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	COMPENSAR	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	14.700	NOMBRE ARL	POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$				

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1799-1100-1-10108A-1799060-02Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	100,00%	\$ 7.052.100,00
TOTALES	100,00%	\$ 7.052.100,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO BBVA	TIPO	AHORROS	No. CTA	0974005049

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
1º 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.
2º 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.
3º De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2016 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.
4º 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: ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO

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	CLAUDIA MARCELA PINZON MARTINEZ	CARGO / ROL	JEFE DE OFICINA	DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	


 FIRMA: CLAUDIA MARCELA PINZON MARTINEZ

FIRMA:

DATOS DEL APORTANTE:			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1022988770	ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO	Carrera 90 bis # 73a-57 piso 19 apto 503
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
ÚNICA	I - Independientes		BOGOTÁ D. C.
			CIUDAD / MUNICIPIO
			BOGOTÁ D. C.
			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
2025-10	2025-10	31107714	1
		TOTAL A PAGAR	\$975.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	TOTALES SALUD		UPC Adicional	Incapacitados	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
		NIT	Cotización Obligatoria								
EPS008	Compensar EPS	96088992-7	352.700	0	0	0	0	0	0	352.700	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpatria	90036004-7	451.400	0	0	0	0	0	0	0	451.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacitados	Aportes Otros	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	990011553-6	14.900	0	0	0	0	14.900	148	0	14.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Colson	860013570-3	56.500	0	0	56.500	1

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	352.700	352.700
Pensión	1	451.400	451.400
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	1	56.500	56.500
ESAP	0	0	0
IGBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	875.400	875.400

Jhonara Peto
19 Nov 2025



[Inicio](#) / Consulta Pago de Aportes

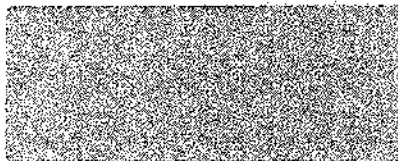
Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla 1 - Planilla de Independientes, con el fin de 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*	
CC-Cédula de Ciudadanía		1022968770	
Número de planilla*		Valor Planilla*	
91107714		875400	
Periodo de pago salud*		Fecha de pago de la planilla*	
Mes*	Año*		
Octubre	2025	11/04/2025	

[Regresar](#) [Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Octubre - 2025
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Octubre - 2025
Cajas	Cafam Caja de Compensacion Fliar	Octubre - 2025
Salud	Compensar EPS	Octubre - 2025



*Johna Reyes
19 nov 2025*

Redes de Pago



Fechas de Pago

Hoy 19 Noviembre 2025 pagan:

76-81

[Ver fechas de pago](#)

[Ayuda](#)

[Preguntas](#)

[Contacto](#)

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación
Familiar Compensar
Sede Principal

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8662727
Nacional: 018000 938585