

Clasificación de la información: Publica Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	VALERO ROJAS ✓			
NOMBRES	IRIS YOLIMA ✓			
CÉDULA	60.446.063 ✓			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	CÚCUTA ✓	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL ✓	DT. NORTE DE SANTANDER ✓

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	685 ✓	VALOR TOTAL	\$	70.826.800,00 ✓	CDP	9725 ✓	RP	69325 ✓	
VIGENCIA	2.025 ✓	DESDE	21 ✓	ENE 2.025 ✓	HASTA	15 ✓	DIC	2.025 ✓	
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES ✓								

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

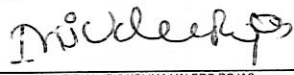
INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO ✓	NÚMERO DE PAGO	11 ✓	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA ✓			\$ 2.575.520,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	6.438.800,00 ✓	NÚMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$		BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	6.438.800,00 ✓	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	412.100 ✓	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	321.900 ✓	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR ✓
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I) ✓	NOMBRE EPS	SANITAS ✓
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	13.400 ✓	NOMBRE ARL	POSITIVA ✓
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1 ✓	C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante. ✓	100,00%	\$ 6.438.800,00
TOTALES		100,00%	\$ 6.438.800,00

DATOS BANCARIOS				
BANCO	BANCO DAVIVIENDA ✓	TIPO	AHORROS ✓	No. CTA
				067070011415 ✓

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: IRIS YOLIMA VALERO ROJAS

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	MAURICIO JESÚS CARRERO JÁCOME ✓	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL ✓	DEPENDENCIA	DT. NORTE DE SANTANDER ✓
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

 FIRMA MAURICIO JESÚS CARRERO JÁCOME	_____ FIRMA
--	----------------

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-18, 10:39:41 AM ✓
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025 ✓
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025 ✓
Empresa	IRIS YOLIMA VALERO ROJAS ✓
CEDULA CIUDADANIA	CC 60446063 ✓
Código Sucursal (Nombre)	() ✓
Referencia de Pago/ Número Planilla	81768802 ✓
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1936906203
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 747.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 412.100 ✓	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 322.000 ✓	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 13.500 ✓	\$ 0
SubTotales:				\$ 747.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 747.600

*Recibido
Bucaramanga
20/11/25
PJR*





SuAporte | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202510 ✓ Número planilla 81768802 ✓
Periodo Servicio 202510 ✓
Tipo Planilla I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período de consulta del Informe: 202510

Pagada 18/11/2025

Fecha de Creación del Informe: martes, 18 de noviembre de 2025 10:43:12 AM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IRIS YOLIMA VALERO ROJAS ✓		
Documento	CC60446063	Dirección	CL 37 #0 - 49 T-3 APTO 402 LA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5837325
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO Total Afiliados 1
Ciudad	CUCUTA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Representante Legal		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 60446063		
Tipo de Cotizante	59	00	
Extranjero		Residente	

Nombres y Apellidos	(Cod) Ciudad - Departamento
VALERO ROJAS IRIS YOLIMA	54001000 - 54

Días AFP	30	Días EPS	30
Días ARP	30	Días CCF	0

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Salario	\$ 2.575.520
---------	--------------

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	230301
Código AFP Traslado	
PORVENIR ✓	
IBC AFP	\$ 2.575.520
Total Cotización AFP	\$ 412.100
Fondo de Solidaridad Pensional	\$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	\$ 0

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF	\$ 0
Aporte CCF	\$ 0

Código EPS	EPS005
Código EPS Traslado	
SANITAS EPS ✓	
IBC EPS	\$ 2.575.520
Aporte EPS	\$ 322.000
Aporte UPC	\$ 0

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	\$ 0
Aporte ICBF	\$ 0
Aporte SENA	\$ 0
Aporte ESAP	\$ 0

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS ✓	
IBC ARP	\$ 2.575.520
Aporte ARP	\$ 13.500

*Parafiscales
Buenos.
20/11/25
@P.S.*



Comprobante pago planilla o Planilla Excel
 Seleccione los parámetros de consulta.

Seleccione una opción para ubicar la planilla

Rangio fecha de pago
 Número planilla
 Número pago consolidado
 Periodo de cotización
 Tipo informe
 Comprobante pago planilla
 Planilla Excel
 Otros operadores

Mostrar No REG02 y No Aportantes (Por tipo de Admin)

Ocurrió error al intentar guardar el pago

Continuar

Número planilla	Referencia Pago (PIN)	Número pago consolidado	Periodo cotización	Tipo planilla	Tipo empleado	Fecha pago (YYYY-MM-JJ)	Código sucursal - Nombre sucursal
81766802			octubre de 2025	I	Activos	2025-11-18	

