

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
APELLIDOS	RUIZ DIAZ				
NOMBRES	ANA FABIOLA				
CÉDULA	1.007.396.109				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MONTERÍA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT CÓRDOBA - MONTERÍA	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	901	VALOR TOTAL	\$	57.949.200,00	CDP	3126	RP	89326	
VIGENCIA	2.026	DESDE	16	ENE	2.026	HASTA	31	DIC	2.026
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				HASTA			
¿SUSPENSIÓN?		DESDE					HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA								

INFORMACIÓN PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	4		
RÉGIMEN	NÓ RESPONSABLE DE IVA			BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 1.931.640,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	4.829.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$	4.829.100,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	4.829.100,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	309.100
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	241.500
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	10.100
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-

NÚMERO DE FACTURA	N/A		
BASE GRAVABLE	\$		
IVA	\$		
DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR		
NOMBRE EPS	ASOCIACIÓN MUTUAL SER		
NOMBRE ARL	POSITIVA		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1	C-1759-1100-2-10106A-1799072-02 Desarrollar el modelo de operación de la Unidad	100,00%	\$ 4.829.100,00
TOTALES		100,00%	\$ 4.829.100,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	91231463858

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.

Ana Ruiz
 FIRMA: ANA FABIOLA RUIZ DIAZ

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	KATRIN YULIETH LACAYO MURILLO	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT CÓRDOBA - MONTERÍA
2	NOMBRE	NATALIA ANDREA FERNANDEZ ARROYAVE	CARGO / ROL	COORDINADORA	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA

FIRMA: KATRIN YULIETH LACAYO MURILLO

FIRMA: NATALIA ANDREA FERNANDEZ ARROYAVE

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1007396109
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ANA FABIOLA RUIZ DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIENAGA DE ORO DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 13	TELÉFONO: 3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	1113602972	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN: MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 138170

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 309.100
SUBTOTAL:				1	\$ 309.100
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS		1	\$ 241.500
SUBTOTAL:				1	\$ 241.500
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 10.100
SUBTOTAL:				1	\$ 10.100

VALOR SIN MORA:	\$ 560.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 560.700





CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que ANA FABIOLA con documento Cedula de Ciudadania 1007396109, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANA FABIOLA RUIZ DIAZ con documento CC 1007396109, como se detalla a continuación:

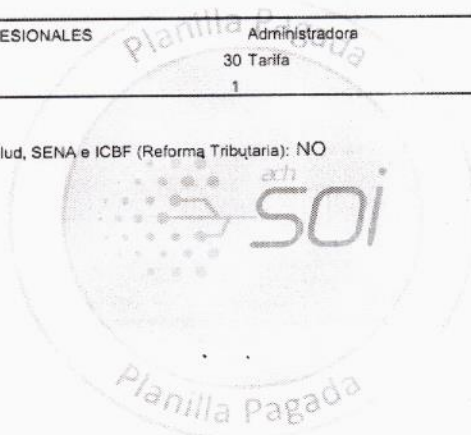
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	1113602972	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MARZO/2026	Periodo Cotización Salud	MARZO/2026
Fecha Pago	2026/04/07	Número de Autorización	138170

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
	PENSIÓN	Administradora	230301 - PORVENIR
Días		30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

	SALUD	Administradora	ESSC07 - SUBS ASOC. MUT. SER
Días		30 Tarifa	12,500 %

	RIESGOS PROFESIONALES	Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días		30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo		1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



Validado por Viviana C. Pereira
23-04-2026