



Clasificación de la Información: Pública  Reservada  Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	CHAVARRO ROMERO			
NOMBRES	DEISY MARITZA			
CÉDULA	1.032.437.322			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	FLORENCIA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. CAQUETÁ

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	1.823	VALOR TOTAL	\$	43.944.550,00	CDP	5826	RP	145326	
VIGENCIA	2.026	DESDE	22	ENE	2.026	HASTA	31	JUL	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						
¿SUSPENSIÓN?		DESDE				HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA							

INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	5	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			\$ 2.704.280,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	6.760.700,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	6.760.700,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	432.700
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	338.000
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		CINCO (V)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	-
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$ -
IVA	\$ -

DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
NOMBRE EPS	SANITAS
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES		
	1	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-9-10106A-1705009-02 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias, en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el Registro de Tierras para Despojadas y Abandonadas Forzosamente - RTDAF.	100,00%	\$ 6.760.700,00
TOTALES	100,00%	\$ 6.760.700,00
DATOS BANCARIOS		
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO
		AHORROS
		No. CTA
		004400137180

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 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, seré 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: DEISY MARITZA CHAVARRO ROMERO

**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	UBER ARLEY LLANOS RAMÍREZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. CAQUETÁ
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: UBER ARLEY LLANOS RAMÍREZ

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
CC	1023437322	DEISY MARITZA CHAVARRO ROMERO	CARRERA 2A # 1 - 12	3378521	ddesychavarror@gmail.com		09/04/2028	74243259	09/04/2028	1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CUIDADO / MUNICIPIO		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL MONEDA	TOTAL A PAGAR	
UNICA	1 - Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		2026-04	2026-04	1	\$0	\$785.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	338.100	0	0	0	0	0	0	0	0	338.100	1

TOTALES PENSIÓN

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	Colferreñabas	890398004-7	432.700	0	0	0	0	0	0	0	432.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	88031183-6	14.200				14.200	0	0	14.200	14.200	142	14.200	14.200	1

TOTALES CALIAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAHSCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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, RPF y Mora	Total a Pagar
Salud	1	338.100	338.100
Pensión	1	432.700	432.700
Riesgos Laborales	1	14.200	14.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>785.000</b>	<b>785.000</b>

VALIDACION PAGO  
 27/04/2026  
 Víctor Celler





[Inicio](#) / Consulta Pago de Aportes

## Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - 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\*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento\*

1032437322

Número de planilla\*

74243259

Valor Planilla\*

785000

Periodo de pago salud\*

Mes\*

Abril

Año\*

2026

Fecha de pago de la planilla\*

04/09/2026

[Regresar](#)

[Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2026
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Abril - 2026
Salud	Sanitas EPS	Abril - 2026



VALIDACION PAGO  
SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA  
Fecha: 25/8/2026  
Firma: Victor Cuellar

Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy **25 Mayo** 2026 pagan: