

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APellidos	BUSTAMANTE ANDRADE			
Nombres	AYDA LUZ			
Cédula	64.704.043			
Ciudad donde presta el servicio	EL CARMEN DE BOLIVAR	Ubicación	DIRECCION TERRITORIAL	DT. BOLIVAR - EL CARMEN

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO				
CONTRATO N°	2.828	VALOR TOTAL	\$ 77.748.050,00	CDP 5726 RP 262626
VIGENCIA	2.026	DESDE	30 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	
¿SUSPENSIÓN?	DESDE	HASTA		
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?	FECHA			

INFORMACIÓN PARA PAGO			
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	3
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.704.280,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 6.760.700,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 6.760.700,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 432.700	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 338.000	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	SALUD TOTAL
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 14.100	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1	C-1705-1100-9-10106A-1705020-02 Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante a través de la ruta individual o colectiva campesina	100,00%	\$ 6.760.700,00
TOTALES		100,00%	\$ 6.760.700,00

DATOS BANCARIOS				
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA 91261235761

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: AYDA LUZ BUSTAMANTE ANDRADE	

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	DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA

 FIRMA: DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ	_____ FIRMA
---	----------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 64704043		BUSTAMANTE ANDRADE AYDA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 24 # 9-23 BRR LA ESPERANZA	SINCELEJO-SUCRE	2812140	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	307791868	9504690160	I	2026/03/11	2026/05/14	BANCOLOMBIA	\$819,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF		RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,704,280	\$432,700			\$2,704,280	\$338,100			\$0	\$0			\$2,704,280	\$14,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,704,280	\$432,700			\$2,704,280	\$338,100			\$0	\$0			\$2,704,280	\$14,200		\$0	\$0
Ciudad: SINCELEJO Depto: SUCRE (1 Afiliados)					\$2,704,280	\$432,700			\$2,704,280	\$338,100			\$0	\$0			\$2,704,280	\$14,200		\$0	\$0
1	CC 64704043	BUSTAMANTE AYDA	25-14	30	\$2,704,280	\$432,700	EPS002	30	\$2,704,280	\$338,100	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,704,280	\$14,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,704,280	\$432,700			\$2,704,280	\$338,100			\$0	\$0			\$2,704,280	\$14,200		\$0	\$0

Libro:
Bustamante
21/05/26.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 64704043		BUSTAMANTE ANDRADE AYDA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 24 # 9 23 BRR LA ESPERANZA	SINCELEJO-SUCRE	2812140	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2026-02	2026-02	307791868	9504690160	1	2026/03/11	2026/05/14	BANCOLOMBIA	64	5819,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$432,700	\$18,700	\$0	\$451,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$432,700	\$18,700	\$0	\$451,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,200	\$700	\$0	\$14,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,200	\$700	\$0	\$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$338,100	\$14,600	\$0	\$352,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$338,100	\$14,600	\$0	\$352,700
TOTAL				1	\$785,000	\$34,000	\$0	\$819,000



Empresas

Independientes

Administradoras

Datos en línea

Medios de pago Centro de ayuda

Presencial
Electrónico

Inicio Autóservicio - Verificar planilla

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a seguridad social.

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

64704043

EPS

SALUD TOTAL

Valor aportado a EPS

338100

Clave de pago

9504690160

Periodo de cotización (salud)

2026

02

*¡Bono!
Gastuap
21 los bs*

No soy un robot Este sitio supera la prueba de seguridad de reCAPTCHA. Entérralo



Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un registrado en nuestro sistema.

Aceptar

¿Tienes otro tipo de servicio?
Selecciona la opción que más se ajuste a tu situación.

Liquida y paga tu planilla