

FORMATO PAGO CONTRATISTAS

VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

GRUPO DE RECURSOS FINANCIEROS

Recurso: ANM
DOCUMENTO EQUIVALENTE
No.76072

Ciudad acta de inicio: BOGOTÁ

DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos del contratista:		LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON				Régimen del IVA:		No Responsable de IVA	
Correo electrónico del contratista:		LEIDYS_1791@HOTMAIL.COM				Usted tiene dos o mas empleados?		SI	
Tipo documento:		C.C		Tiene dependientes económicos?		NO			
Documento del contratista:		1065633767		Es Pensionado?		NO		Tipo dependientes económicos:	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO ACTUAL DE PAGO									
Contrato No.	ANM-681-2026	Fecha Inicial	04/02/2026	Fecha Final	31/12/2026	Registro Presupuestal:	ANM	74526	100%
Valor Contrato:	64.671.552,00	Días:		Fecha:			SGR		0%
Valor Bruto del	5.879.232,00	Motivo:				Número de Pago:	4 de 11		
Valor Comisiones:	1.287.205,00					Periodo de pago del:	01-may-2026		
Valor Deducciones:	0,00	Actividad CIU:	86921-Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)				Periodo de pago al:	31-may-2026	
						Procedimiento de reafectación: PROCEDIMIENTO 1			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios	5.879.232,00				Retención en la fuente del periodo. Tarifa: 1.414102%		76.000,00		
Valor IVA	0,00				Retención IVA 15%		0,00		
Ingresos por comisiones	1.287.205,00				Retención ICA del periodo. Tarifa: 0.966%		56.793,00		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	7.166.437,00				Sobretasa Bomberil		0,00		
TOTAL A PAGAR	5.746.439,00				TOTAL RETENCIONES PRESENTE PAGO		132.793,00		
					Ciudad o Municipio BOGOTÁ No. Nit				
					No. Planilla PILA, o , No. Radicación pago SS		9504756597		
					Tipo de seguridad social: Vencida				
CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE									
LIQUIDACIÓN DEDUCCIONES									
DESCUENTO BASE NETA DE RETENCIONES				DESCUENTO APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS					
CONCEPTO	FECHA	VALOR							
Aportes voluntarios a cuentas AFC		0,00		800130907 - SALUD TOTAL S.A. EPS 294.000,00					
Aporte voluntario a fondos de pensiones		0,00		800229739 - PROTECCION S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS 376.300,00					
Intereses préstamo de Vivienda	0	0,00		800229739 - PROTECCION S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS 0,00					
Dependientes hasta		0,00		860011153 - RIESGOS PROFESIONALES POSITIVA 12300					
Salud (Prepagada) hasta	0	0,00		0 - CCF. NINGUNA 0					
				Total descuentos aportes seguridad social 682.600,00					
				EMBARGO JUDICIALES (BANCO AGRARIO Nit: 800.837.800) 0,00					
				LIBRANZA FEINGE 0,00					
				Valor Base retención en la fuente 5.374.437,00					
				Base retención ICA 5.879.232,00					
				Base Estampilla 0,00					
SUBTOTAL DESCUENTO BASE NETA:				0,00					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO JURAMENTO, QUE:									
1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas. 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de seguridad social en salud y pensión. Los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP. Correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la base de Retención en la fuente en ningún otro contrato. 3. Toda la información aquí suministrada es verídica. 4. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.						 Firmado por: LEIDYS LIBETH LOPEZ ESCANDON Contratista			
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						 Revisado por: MARTHA LUCÍA MUÑOZ GONZÁLEZ Apoyo Supervisor			
- Que el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. - Que el contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades adjunto, dentro del periodo de cobro. - Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. - Que el contratista presta sus servicios desde la ciudad de: BOGOTÁ						 Autorizado por: AURA LILIANA PEREZ SANTISTEBAN Supervisor			