

|                                                                                   |                                                                                 |  |  |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------|--|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS  |  |  |  | PÁGINA: 1 DE 1   |  |
|                                                                                   | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA                                                     |  |  |  | CÓDIGO: GF-FO-05 |  |
|                                                                                   | CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |  |  | VERSIÓN: 16      |  |

Clasificación de la información: ☒ Pública ☐ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 24/01/2024

|                                 |  |                   |  |           |  |                       |  |                             |  |
|---------------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                   |  |           |  |                       |  |                             |  |
| APELLIDOS                       |  | ANDREWS CRUZ      |  |           |  |                       |  |                             |  |
| NOMBRES                         |  | VERONICA PATRICIA |  |           |  |                       |  |                             |  |
| CÉDULA                          |  | 52.280.205        |  |           |  |                       |  |                             |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | SANTA MARTA       |  | UBICACIÓN |  | DIRECCIÓN TERRITORIAL |  | DT. MAGDALENA - SANTA MARTA |  |

|                                  |  |                         |  |             |  |                   |  |                    |  |
|----------------------------------|--|-------------------------|--|-------------|--|-------------------|--|--------------------|--|
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO |  |                         |  |             |  |                   |  |                    |  |
| CONTRATO N°                      |  | 694                     |  | VALOR TOTAL |  | \$ 111.257.900,00 |  | CDP 10524 RP 82424 |  |
| VIGENCIA                         |  | 2.024                   |  | DESDE       |  | 26 ENE 2.024      |  | HASTA 15 DIC 2.024 |  |
| TIPO DE CONTRATO                 |  | SERVICIOS PROFESIONALES |  |             |  |                   |  |                    |  |

|                             |  |                 |  |            |  |             |  |                   |  |
|-----------------------------|--|-----------------|--|------------|--|-------------|--|-------------------|--|
| MODIFICACIONES DEL CONTRATO |  |                 |  |            |  |             |  |                   |  |
| ¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?      |  | SI              |  | DESDE      |  | 16 DIC 2024 |  | HASTA 31 DIC 2024 |  |
| VALOR ADICIÓN               |  | \$ 4.837.300,00 |  | REDUCCIÓN  |  |             |  | VALOR             |  |
| ¿CESIÓN?                    |  | No.             |  | CEDENTE    |  | FECHA       |  | VALOR CESIÓN      |  |
|                             |  |                 |  | CESIONARIO |  | DESDE       |  |                   |  |
| ¿SUSPENSIÓN?                |  |                 |  | DESDE      |  |             |  | HASTA             |  |
| ¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?    |  |                 |  | FECHA      |  |             |  |                   |  |

|                       |  |                       |  |                |  |             |  |                                                                  |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|-------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN PARA PAGO |  |                       |  |                |  |             |  |                                                                  |  |
| ¿PENSIONADO?          |  | NO                    |  | NÚMERO DE PAGO |  | ÚLTIMO PAGO |  | BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 3.869.840,00 |  |
| RÉGIMEN               |  | NO RESPONSABLE DE IVA |  |                |  |             |  |                                                                  |  |

|                                                    |  |                 |  |                        |  |              |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------|--|--------------|--|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      |  | \$ 9.674.600,00 |  | NÚMERO DE FACTURA      |  |              |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |  |                 |  | BASE GRAVABLE          |  | \$ -         |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) |  | \$ 9.674.600,00 |  | IVA                    |  | \$ -         |  |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                |  | \$ 619.174      |  | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |  |              |  |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)                |  | \$ 483.730      |  | NOMBRE F. PENSIÓN      |  | COLPENSIONES |  |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |  | UNO (I)         |  | NOMBRE EPS             |  | SALUD TOTAL  |  |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      |  | \$ 20.200       |  | NOMBRE ARL             |  | POSITIVA     |  |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             |  | \$ -            |  |                        |  |              |  |

|                                                                                                                                                                                                                        |  |   |         |  |                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|---------|--|-----------------|--|
| NÚMERO DE ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                  |  | 2 |         |  |                 |  |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                              |  |   | %       |  | VALOR           |  |
| C-1705-1100-7-10306A-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 - RTDAF. |  |   | 50,00%  |  | \$ 4.837.300,00 |  |
| C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso o no al Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas.                                                                    |  |   | 50,00%  |  | \$ 4.837.300,00 |  |
| TOTALES                                                                                                                                                                                                                |  |   | 100,00% |  | \$ 9.674.600,00 |  |

|                 |  |            |  |      |  |         |  |         |  |                  |  |
|-----------------|--|------------|--|------|--|---------|--|---------|--|------------------|--|
| DATOS BANCARIOS |  |            |  |      |  |         |  |         |  |                  |  |
| BANCO           |  | BANCO BBVA |  | TIPO |  | AHORROS |  | No. CTA |  | 0477000200000150 |  |

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 2.009.                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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: VERONICA PATRICIA ANDREWS CRUZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |        |  |                             |  |             |  |                       |  |             |  |                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|-----------------------------|--|-------------|--|-----------------------|--|-------------|--|-----------------------------|--|
| 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 SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (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 |  | MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ |  | CARGO / ROL |  | DIRECTORA TERRITORIAL |  | DEPENDENCIA |  | DT. MAGDALENA - SANTA MARTA |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NOMBRE |  |                             |  | CARGO / ROL |  |                       |  | DEPENDENCIA |  |                             |  |
| FIRMA: MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |                             |  |             |  |                       |  | FIRMA:      |  |                             |  |



|                                                                                     |                                                                                |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS | PÁGINA: 1 DE 2   |
|                                                                                     | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL                                                    | CÓDIGO: GD-FO-04 |
|                                                                                     |                                                                                | VERSIÓN: 1       |
|                                                                                     | FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL - FUD                                   |                  |

[illegible]

|                                                                  |                                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Elaborado por:                                                   | VERONICA PATRICIA ANDREWS ORLIZ |
| Nombres y apellidos:                                             |                                 |
| Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligenciar Contratista) | CONTRATISTA                     |
| Firma:                                                           |                                 |
| Upar                                                             | SANTA MARTA                     |
| Fecha                                                            | 30/12/2024                      |

|                                                                                                                                                                                         |                                         |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <p> Efectuado por: <b>MARLY ESTHER MOLINA ALVARO</b><br/> Nombre y apellidos:<br/> Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligencia Contratación): <b>SUPERVISOR</b><br/> Firma: </p> | <p> <b>SANTA MARIA</b><br/> Lugar: </p> | <p> <b>30/12/2023</b><br/> Fecha: </p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                                |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Recibado por                                                   |       |
| Nombres y apellidos                                            |       |
| Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligencia Contraseña) |       |
| Firma                                                          |       |
| Lugar                                                          | Fecha |





CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que VERONICA PATRICIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 52280205, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) VERONICA PATRICIA ANDREWS CRUZ con documento CC 52280205, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                          |                  |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| Número de Planilla             | 7951074297     | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros         | NOVIEMBRE/2024 | Periodo Cotización Salud | NOVIEMBRE/2024   |
| Fecha Pago                     | 2024/12/13     | Número de Autorización   | 1123239921       |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |                |                    |
|---------------------------------------|----------------|--------------------|
| PENSIÓN                               | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 30 Tarifa      | 16,000 %           |
| Indicador tarifa especial             | Normal         |                    |

|       |                |                      |
|-------|----------------|----------------------|
| SALUD | Administradora | EPS002 - SALUD TOTAL |
| 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



*Handwritten signature and date:*  
12/12/24

Comprobante de pago en línea

Comercio  
SOI ACH

Número de comprobante  
DBBDDhfCK0J2

CUS  
1123239921

Fecha y hora  
13 diciembre 2024 10:46:01

Número de factura  
7951074297

Descripción del pago  
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Referencia 1  
10.80.25.153

Referencia 2  
CC

Referencia 3  
52280205

Producto origen  
\*\*\*\*2581

Costo de la transacción  
\$ 00.0 COP

Total Pagado: \$ 1,139,600.0



|                                                                                   |                                                                                 |  |  |  |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------------|--|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS  |  |  |  |  | PÁGINA: 1 DE 1   |  |
|                                                                                   | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA                                                     |  |  |  |  | CÓDIGO: GF-FO-05 |  |
|                                                                                   | CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |  |  |  | VERSIÓN: 16      |  |

Clasificación de la información: ☒ Pública ☐ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 24/01/2024

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                 |  |           |  |                       |  |                             |  |
|---------------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| APELLIDOS                       |  | VIVES VILORIA   |  |           |  |                       |  |                             |  |
| NOMBRES                         |  | LAURA MARGARITA |  |           |  |                       |  |                             |  |
| CÉDULA                          |  | 57.290.711      |  |           |  |                       |  |                             |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | SANTA MARTA     |  | UBICACIÓN |  | DIRECCIÓN TERRITORIAL |  | DT. MAGDALENA - SANTA MARTA |  |

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO |  |                                 |  |             |  |                  |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |  |
|----------------------------------|--|---------------------------------|--|-------------|--|------------------|--|-----|--|-------|--|-------|--|-------|--|-----|--|-------|--|
| CONTRATO N°                      |  | 745                             |  | VALOR TOTAL |  | \$ 50.010.000,00 |  | CDP |  | 10724 |  | RP    |  | 82724 |  |     |  |       |  |
| VIGENCIA                         |  | 2024                            |  | DESDE       |  | 27               |  | ENE |  | 2 024 |  | HASTA |  | 31    |  | DIC |  | 2 024 |  |
| TIPO DE CONTRATO                 |  | SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN |  |             |  |                  |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |  |

| 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     |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |

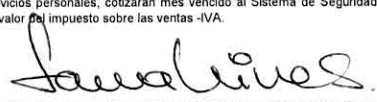
| INFORMACION PARA PAGO |  |                       |  |                |  |             |  |                                                  |  |                 |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|-------------|--|--------------------------------------------------|--|-----------------|--|
| ¿PENSIONADO?          |  | NO                    |  | NÚMERO DE PAGO |  | ÚLTIMO PAGO |  | BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL |  | \$ 1.667.000,00 |  |
| RÉGIMEN               |  | NO RESPONSABLE DE IVA |  |                |  |             |  |                                                  |  |                 |  |

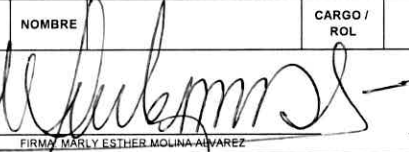
|                                                    |  |                 |  |                        |  |              |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------|--|--------------|--|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      |  | \$ 4.167.500,00 |  | NUMERO DE FACTURA      |  |              |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |  |                 |  | BASE GRAVABLE          |  | \$ -         |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) |  | \$ 4.167.500,00 |  | IVA                    |  | \$ -         |  |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                |  | \$ 266.720      |  | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |  |              |  |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (**)               |  | \$ 208.375      |  |                        |  |              |  |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |  | UNO (I)         |  | NOMBRE F. PENSIÓN      |  | COLPENSIONES |  |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      |  | \$ 8.700        |  | NOMBRE EPS             |  | SANITAS      |  |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             |  | \$ -            |  | NOMBRE ARL             |  | POSITIVA     |  |

| NÚMERO DE ACTIVIDADES                                                                             |  | 1       |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----------------|
| ACTIVIDAD                                                                                         |  | %       | VALOR           |
| C-1799-1100-1-53105B-1799060-02 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad |  | 100,00% | \$ 4.167.500,00 |
|                                                                                                   |  |         |                 |
|                                                                                                   |  |         |                 |
|                                                                                                   |  |         |                 |
|                                                                                                   |  |         |                 |
| TOTALES                                                                                           |  | 100,00% | \$ 4.167.500,00 |

| DATOS BANCARIOS |             |      |         |         |             |
|-----------------|-------------|------|---------|---------|-------------|
| BANCO           | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 77940678695 |

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 2.009.                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |  |  |
| <br>FIRMA: LAURA MARGARITA VIVES VILORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |

| 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 SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (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 | MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ | CARGO / ROL | DIRECTORA TERRITORIAL | DEPENDENCIA | DT. MAGDALENA - SANTA MARTA |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NOMBRE |                             | CARGO / ROL |                       | DEPENDENCIA |                             |
| <br>FIRMA: MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                             |             |                       |             |                             |
| FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                             |             |                       |             |                             |

|                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS</b><br><b>PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN LOGÍSTICA Y DE RECURSOS FÍSICOS</b><br><b>DEVOLUCIÓN DE BIENES Y OTROS ELEMENTOS</b> |  |  |  | PÁGINA: 1 DE 1<br>CÓDIGO: GL-FO-28<br>VERSIÓN: 7 |  |
| Clasificación de la información: Pública 28 Reservada 13 Clasificada 11                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                            |  |  |  | Fecha de aprobación: 06/12/2024                  |  |
| Si usted copia o imprime este documento, la URT lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre la internet. |  |                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                                  |  |

|   |             |             |   |                  |            |
|---|-------------|-------------|---|------------------|------------|
| 1 | FUNCIONARIO | CONTRATISTA | X | FECHA DE ENTREGA | 30/12/2024 |
|---|-------------|-------------|---|------------------|------------|

|   |                                               |                         |                |                                                                                            |
|---|-----------------------------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | N° DE CONTRATO | FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VÍNCULO LEGAL Y REGLAMENTARIO |
|   | LAURA MARGARITA VIVES VILORIA                 | 67.290.717              | 745            | 31/12/2024                                                                                 |

|   |                                                          |                                     |                                       |                         |
|---|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| 3 | NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO | DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO | NIVEL CENTRAL / DIRECCIÓN TERRITORIAL | MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN |
|   | MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ                              | DIRECCION TERRITORIAL               | DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA       | Terminación de contrato |

Es responsabilidad del Jefe inmediato y/o Supervisor de contrato recibir las credenciales y accesos a los sistemas de información que presentan las siguientes características:

1. Los Sistemas de información son propiedad de la Unidad y son administrados por dependencias como la Oficina de Tecnologías de la Información, Grupo de Gestión Económica y Financiera, Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano, Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa, Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, Grupo de Gestión de Atención y Servicio a la Ciudadanía, Oficina Asesora de Comunicaciones, Oficina Asesora de Planeación, Grupo de Gestión en Prevención, Protección y Seguridad, entre otros.

2. Los Sistemas de información que no son propiedad de la Unidad, pero deben ser accedidos para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública)

**POR FAVOR DILIGENCIAR Y HACER FIRMAR ESTE FORMATO EN EL SIGUIENTE ORDEN:**

1. Grupo de Gestión Económica y Financiera  
 2. Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica  
 3. Oficina de Tecnologías de la Información  
 4. Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa  
 5. Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (solo aplica para funcionarios)

|                                                                                                                                                     |                                                   |                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.1                                                                                                                                                 | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| Usuario SIIF - Marcar en las siguientes casillas si o no<br>(si aplica diligencie este espacio o de lo contrario continúe con la siguiente sección) | SI                                                | NO                      |       |

**Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica**

A) Inventario Único Documental (Formato GD-FO-05)  
 Nota: El formato GD-FO-05 deberá tener aval del supervisor del contrato y/o jefe inmediato y deberá contener los expedientes físicos en archivos tradicionales, como los documentos electrónicos que se encuentran en su equipo de cómputo.

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                         |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.2                                                                                                                                                                                                                                                                    | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| B) Expedientes del Archivo (Préstamos)<br>Nota: La verificación la realizará el Gestor Documental y/o servidor que haga sus veces de cada sede y registrará su firma solo si evidencia que no se tienen expedientes en préstamo o se realizó la respectiva devolución. | BEATRIZ SHIRLEY MENDOZA BOLAÑO                    | 1.082.889.457           |       |

C) Aplica únicamente para expedientes de restitución de tierras

Entrega mediante el formato GD-FO-21 Traslado Documental, los documentos relacionados con los ID asignados de los expedientes de Restitución de Tierras a Gestión Documental.  
 Nota: el profesional misional durante la vigencia del contrato o su desvinculación en la unidad, entrega todos los documentos producidos y recibidos en virtud de la asignación de casos de ID.

|                                |                                                   |                         |       |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.2                            | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| BEATRIZ SHIRLEY MENDOZA BOLAÑO | 1.082.889.457                                     |                         |       |

Verificación de documentos generados por el servidor público  
 Nota: Se verificará por parte del jefe inmediato o supervisor del contrato, que en el puesto de trabajo del servidor público no queden documentos pendientes por entregar al Archivo.

|                             |                                                   |                         |       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.2                         | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ | 36.695.072                                        |                         |       |

D) Usuario sistema ORFEO

Depuración y/o almacenamiento de comunicaciones en el sistema ORFEO  
 Nota 1: El Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, encargado de la gestión de la información que reposa en el sistema ORFEO verifica previamente que el usuario no tenga comunicaciones oficiales pendientes por gestionar, para proceder con la inactivación.  
 Nota 2: Los documentos inicialmente clasificados como PORSDF en ORFEO, pero luego redefinidos como generales, no serán verificados por el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, sino por el del Grupo de Gestión, Atención y Servicio a la Ciudadanía, encargado de monitorear las PORSDF y garantizar el cumplimiento de los términos legales.

|                             |                                                   |                         |       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.2                         | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| MARLY ESTHER MOLINA ALVAREZ | 36.695.072                                        |                         |       |

**Oficina de Tecnologías de la Información**

Para los Sistemas de información que no son propiedad de la UAGERTD, pero a los cuales se debe acceder para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública), es responsabilidad del Jefe y/o Supervisor recibir las credenciales e informar la novedad a las entidades solicitando el cambio de usuario y contraseña según el procedimiento establecido por cada entidad.  
 Para las solicitudes de activación de credenciales, para los colaboradores que finalizan su contrato y continuaran prestando sus servicios a la UAGERTD, serán solicitadas por cada dependencia o territorial masivamente, a través de la creación de un solo GLPI y adjuntando un único formato GT-FO-14, por lo tanto, no se genera trámite en este formulario.

LOS SIGUIENTES NUMERALES SOLO APLICAN SI EL SERVIDOR PÚBLICO NO CONTINUA VINCULADO A LA ENTIDAD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                         |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| A) Respaldo de información<br>Nota: La verificación la realizará el propietario del activo de información (Supervisor, Director, Jefe, Coordinador), quien deberá garantizar que la información de los entregables y/o responsabilidades que hacen parte del desarrollo de las actividades del contratista, se encuentra ubicada en las carpetas compartidas dispuestas para tal fin. |                                                   |                         |       |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 4.3                                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | FIRMA |
| B) Desactivación de credenciales<br>Nota: El supervisor o jefe inmediato o sus delegados, deberán solicitar la desactivación de las credenciales del colaborador, a través de GLPI, anexando el formato GT-FO-14 Gestión de Credenciales. | YHOJALISON HURTADO                                | 11.814.857              |       |

**Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa**

A continuación, debe mencionar todos los bienes devolutivos que tenga a su cargo, si requiere más filas por agrupación las mismas pueden ser incluidas.

| ITEMS                  | CANTIDAD | DESCRIPCIÓN                | SERIE | PLACA     | MARCA | RECIBIDO A SATISFACCIÓN |    | OBSERVACIONES |
|------------------------|----------|----------------------------|-------|-----------|-------|-------------------------|----|---------------|
|                        |          |                            |       |           |       | SI                      | NO |               |
| Muebles y enseres      | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | CAMYE4078 | N/A   | X                       |    |               |
|                        | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | CAMYE4079 | N/A   | X                       |    |               |
|                        | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | CAMYE4080 | N/A   | X                       |    |               |
|                        | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | CAMYE4120 | N/A   | X                       |    |               |
|                        | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | ARMYE1030 | N/A   | X                       |    |               |
|                        | 1        | PUNTO ECOLOGICO            | N/A   | ARMYE1145 | N/A   | X                       |    |               |
| Equipo de comunicación | 1        | AVISO INSTITUCIONAL 33"60" | N/A   | CAMYE4025 | N/A   |                         |    |               |

[illegible]

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                               |                 |                    |                |                       |             |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------|-----------------|--------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion      | Ciudad-Departamento   | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 57290711                       |         | VIVES VILORIA LAURA MARGARITA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 44B N 30 50 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3015710100  | Si                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                               |                 |                    |                |                       |             |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                         |                 | Tipo               | Fecha          |                       | Pago        |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                          | Planilla        | Planilla           | Limite         | Pago                  | Banco       | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1116040105                    | 9477495179      | I                  | 2024/12/04     | 2024/12/10            | BANCOLOMBIA | 6                     | \$496,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                    |                |          |             |       |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |       |             |             |              |     |        |     |
|-----------------------------------------------------|----------------|----------|-------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                            |                |          | PENSION     |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |       |             |             | RIESGOS  |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                                 | Identificación | Nombres  | Codigo      | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)                  |                |          |             |       | \$1,667,000 | \$266,800   |           |        | \$1,667,000 | \$208,400   |           |       | \$1,667,000 | \$10,100    |          |       | \$1,667,000 | \$8,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)         |                |          |             |       | \$1,667,000 | \$266,800   |           |        | \$1,667,000 | \$208,400   |           |       | \$1,667,000 | \$10,100    |          |       | \$1,667,000 | \$8,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) |                |          |             |       | \$1,667,000 | \$266,800   |           |        | \$1,667,000 | \$208,400   |           |       | \$1,667,000 | \$10,100    |          |       | \$1,667,000 | \$8,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                   | CC             | 57290711 | VIVES LAURA | 25-14 | 30          | \$1,667,000 | \$266,800 | EPS005 | 30          | \$1,667,000 | \$208,400 | CCF33 | 30          | \$1,667,000 | \$10,100 | 14-23 | 30          | \$1,667,000 | \$8,800      | 30  | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                                 |                |          |             |       | \$1,667,000 | \$266,800   |           |        | \$1,667,000 | \$208,400   |           |       | \$1,667,000 | \$10,100    |          |       | \$1,667,000 | \$8,800     |              | \$0 | \$0    |     |

Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                               |                 |                    |                 |                       |                        |                       |               |
|-----------------------------------|---------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento   | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |               |
| CC 57290711                       |         | VIVES VILORIA LAURA MARGARITA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 448 N 30 50  | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3015710100             | SI                    |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                               |                 |                    |                 |                       |                        |                       |               |
| Periodo                           |         | Clave                         |                 | Tipo               | Fecha           |                       | Pago                   |                       |               |
| Pensión                           | Salud   | Pago                          | Planilla        | Planilla           | Límite          | Pago                  | Banco                  | Días Mora             | Valor         |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1116040105                    | 9477495179      | I                  | 2024/12/04      | 2024/12/10            | BANCOLOMBIA            | 6                     | \$496,300     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                               |                 |                    |                 |                       |                        |                       |               |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                           | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA        | SALDOS E INCAPACIDADES |                       | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                               |                 | 1                  | \$266,800       | \$1,100               | \$0                    |                       | \$267,900     |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                   | 7               | 1                  | \$266,800       | \$1,100               | \$0                    |                       | \$267,900     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                               |                 | 1                  | \$8,800         | \$100                 | \$0                    |                       | \$8,900       |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      | 14-23   | 860,011,153                   | 6               | 1                  | \$8,800         | \$100                 | \$0                    |                       | \$8,900       |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                               |                 | 1                  | \$10,100        | \$100                 | \$0                    |                       | \$10,200      |
| CAJAMAG                           | CCF33   | 891,780,093                   | 3               | 1                  | \$10,100        | \$100                 | \$0                    |                       | \$10,200      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                               |                 | 1                  | \$208,400       | \$900                 | \$0                    |                       | \$209,300     |
| SANITAS                           | EPS005  | 800,251,440                   | 6               | 1                  | \$208,400       | \$900                 | \$0                    |                       | \$209,300     |
| TOTAL                             |         |                               |                 | 1                  | \$494,100       | \$2,200               | \$0                    |                       | \$496,300     |

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Tipo de documento             | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía ▼        | 57290711            |
| EPS                           |                     |
| SANITAS                       |                     |
| Valor aportado a EPS          |                     |
| 208400                        |                     |
| Clave de pago                 |                     |
| 9477495179                    |                     |
| Período de cotización (salud) |                     |
| 2024 ▼                        | 11 ▼                |



☐ No soy un robot

reCAPTCHA  
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

vbo  
Dumirusa  
13/12/24

| APORTANTE: VIVES VILORIA LAURA MARGARITA CC 57290711 |            |               |            |        |        |                                    |                           |         |      |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|------------------------------------------------------|------------|---------------|------------|--------|--------|------------------------------------|---------------------------|---------|------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| Clave Planilla                                       | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora                     | Concepto                  | Periodo | Días | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|                                                      |            |               |            |        |        |                                    |                           |         |      | ing       | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |  |
| 9470147907                                           | 833311201  | I             | 2024-08-09 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9470147907                                           | 833311201  | I             | 2024-08-09 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9468781103                                           | 760991927  | I             | 2024-07-08 | EPS    | EPS005 | SANITAS                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-06 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9468781103                                           | 760991927  | I             | 2024-07-08 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                       | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-06 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9468781103                                           | 760991927  | I             | 2024-07-08 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-06 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9468781103                                           | 760991927  | I             | 2024-07-08 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-06 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9467334455                                           | 699214477  | I             | 2024-06-12 | EPS    | EPS005 | SANITAS                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-05 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9467334455                                           | 699214477  | I             | 2024-06-12 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                       | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-05 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9467334455                                           | 699214477  | I             | 2024-06-12 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-05 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9467334455                                           | 699214477  | I             | 2024-06-12 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-05 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9465878484                                           | 631402394  | I             | 2024-05-10 | EPS    | EPS005 | SANITAS                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-04 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9465878484                                           | 631402394  | I             | 2024-05-10 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                       | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-04 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9465878484                                           | 631402394  | I             | 2024-05-10 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-04 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9465878484                                           | 631402394  | I             | 2024-05-10 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-04 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9464541872                                           | 562496544  | I             | 2024-04-08 | EPS    | EPS005 | SANITAS                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-03 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9464541872                                           | 562496544  | I             | 2024-04-08 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                       | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-03 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9464541872                                           | 562496544  | I             | 2024-04-08 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-03 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9464541872                                           | 562496544  | I             | 2024-04-08 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-03 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9463133134                                           | 509074411  | I             | 2024-03-12 | EPS    | EPS005 | SANITAS                            | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-02 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9463133134                                           | 509074411  | I             | 2024-03-12 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                       | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-02 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 9463133134                                           | 509074411  | I             | 2024-03-12 | ARL    | 14-23  | POSITIVA<br>COMPAÑIA DE<br>SEGUROS | COTIZACIÓN<br>OBLIGATORIA | 2024-02 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

Se certifica que LAURA MARGARITA VIVES VILORIA identificado(a) con CC 57290711 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: VIVES VILORIA LAURA MARGARITA CC 57290711 |            |               |            |        |        |                              |                        |         |      |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
|------------------------------------------------------|------------|---------------|------------|--------|--------|------------------------------|------------------------|---------|------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|--|--|
| Clave Planilla                                       | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora               | Concepto               | Periodo | Días | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
|                                                      |            |               |            |        |        |                              |                        |         |      | ing       | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vi |  |  |
| 9477495179                                           | 1116040105 | I             | 2024-12-10 | EPS    | EPS005 | SANITAS                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-11 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9477495179                                           | 1116040105 | I             | 2024-12-10 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-11 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9477495179                                           | 1116040105 | I             | 2024-12-10 | ARL    | 14-23  | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-11 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9477495179                                           | 1116040105 | I             | 2024-12-10 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-11 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9475916416                                           | 1044032312 | I             | 2024-11-12 | EPS    | EPS005 | SANITAS                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-10 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9475916416                                           | 1044032312 | I             | 2024-11-12 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-10 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9475916416                                           | 1044032312 | I             | 2024-11-12 | ARL    | 14-23  | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-10 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9475916416                                           | 1044032312 | I             | 2024-11-12 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-10 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9473826932                                           | 970713254  | I             | 2024-10-09 | EPS    | EPS005 | SANITAS                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-09 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9473826932                                           | 970713254  | I             | 2024-10-09 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-09 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9473826932                                           | 970713254  | I             | 2024-10-09 | ARL    | 14-23  | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-09 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9473826932                                           | 970713254  | I             | 2024-10-09 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-09 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9471490838                                           | 903658815  | I             | 2024-09-10 | EPS    | EPS005 | SANITAS                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-08 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9471490838                                           | 903658815  | I             | 2024-09-10 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-08 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9471490838                                           | 903658815  | I             | 2024-09-10 | ARL    | 14-23  | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-08 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9471490838                                           | 903658815  | I             | 2024-09-10 | CCF    | CCF33  | CAJAMAG                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-08 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9470147907                                           | 833311201  | I             | 2024-08-09 | EPS    | EPS005 | SANITAS                      | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |
| 9470147907                                           | 833311201  | I             | 2024-08-09 | AFP    | 25-14  | COLPENSIONES                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |