

|                                                                                   |                                                                                 |  |  |  |  |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|
|  | 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: 17      |  |

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

Fecha de aprobación: 16/01/2025

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                 |  |           |  |                       |  |               |  |
|---------------------------------|--|-----------------|--|-----------|--|-----------------------|--|---------------|--|
| APELLIDOS                       |  | MESA CASAS      |  |           |  |                       |  |               |  |
| NOMBRES                         |  | WILSON DE JESÚS |  |           |  |                       |  |               |  |
| CÉDULA                          |  | 71.731.360      |  |           |  |                       |  |               |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | MEDELLÍN        |  | UBICACIÓN |  | DIRECCIÓN TERRITORIAL |  | DT. ANTIOQUIA |  |

| INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO |  |                         |  |             |  |                  |  |                    |  |
|----------------------------------|--|-------------------------|--|-------------|--|------------------|--|--------------------|--|
| CONTRATO N°                      |  | 3.437                   |  | VALOR TOTAL |  | \$ 32.194.000,00 |  | CDP 5225 RP 979225 |  |
| VIGENCIA                         |  | 2.025                   |  | DESDE       |  | 21 JUL 2.025     |  | HASTA 15 DIC 2.025 |  |
| 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      |  |       |  |              |  |

| INFORMACION PARA PAGO |  |                       |  |                |  |   |  |                                                                  |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|---|--|------------------------------------------------------------------|--|
| ¿PENSIONADO?          |  | NO                    |  | NÚMERO DE PAGO |  | 3 |  | BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.575.520,00 |  |
| RÉGIMEN               |  | NO RESPONSABLE DE IVA |  |                |  |   |  |                                                                  |  |

|                                                    |  |                 |  |                        |  |      |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------|--|------|--|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      |  | \$ 6.438.800,00 |  | NÚMERO DE FACTURA      |  |      |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |  |                 |  | BASE GRAVABLE          |  | \$ - |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) |  | \$ 6.438.800,00 |  | IVA                    |  | \$ - |  |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                |  | \$ 412.100      |  | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |  |      |  |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)                |  | \$ 321.900      |  |                        |  |      |  |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |  | CINCO (V)       |  |                        |  |      |  |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      |  | \$ -            |  |                        |  |      |  |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             |  | \$ -            |  |                        |  |      |  |

|                   |  |              |  |
|-------------------|--|--------------|--|
| NOMBRE F. PENSIÓN |  | COLPENSIONES |  |
| NOMBRE EPS        |  | SURA         |  |
| NOMBRE ARL        |  | POSITIVA     |  |

| NÚMERO DE ACTIVIDADES                                                                                                                             |  | 3       |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----------------|
| ACTIVIDAD                                                                                                                                         |  | %       | VALOR           |
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante.                                                     |  | 34,00%  | \$ 2.189.192,00 |
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Radicar la demanda ante el juez de restitución de tierras.                                                         |  | 33,00%  | \$ 2.124.804,00 |
| C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Realizar la representación judicial de los casos de Restitución de tierras, en los cuales la víctima otorga poder. |  | 33,00%  | \$ 2.124.804,00 |
| TOTALES                                                                                                                                           |  | 100,00% | \$ 6.438.800,00 |

| DATOS BANCARIOS |             |      |         |         |             |
|-----------------|-------------|------|---------|---------|-------------|
| BANCO           | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 52789307598 |

NOTA: (\*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.  
(\*\*) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

| CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1° Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 2° En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2009.                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 3° De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS; manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, será responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar.                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 4° De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA. |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA WILSON DE JESUS MESA CASAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |

| 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 | JHON JAIME POSADA GÓMEZ | CARGO / ROL | DIRECTOR TERRITORIAL | DEPENDENCIA | DT. ANTIOQUIA |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NOMBRE |                         | CARGO / ROL |                      | DEPENDENCIA |               |
| FIRMA: JHON JAIME POSADA GÓMEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                         |             |                      |             |               |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                            |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA       | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 71731360             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | WILSON DE JESUS MESA CASAS |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:     | ANTIOQUIA                                      |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL 45 80 24               | TÉLFONO: 4131784                               |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                      |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                            | NO                                             |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                 |                                    |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | ✓ 7983275456    | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025       | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0               |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/09/18      | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1786343681    |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |  |   |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|--|---|------------|--------------|
|                       |        |                                         |  |   | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         |  |   | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |  |   |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |   |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |   |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      |  | 1 |            | \$ 412.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  | 1 |            | \$ 412.100   |
| SALUD                 |        |                                         |  |   |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |   |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |   |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD  |  | 1 |            | \$ 322.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  | 1 |            | \$ 322.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |  |   |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |   |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |   |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |  | 1 |            | \$ 13.500    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  | 1 |            | \$ 13.500    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 747.600 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 747.600 |

OK

Valor IBC mes de septiembre de 2025 contrato 3437

| INFORMACION PARA PAGO                              |                       |                |                                |                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------|--------------------------------|-------------------|
| ¿PENSIONADO?                                       | NO                    | NÚMERO DE PAGO | 3                              | BASE DE APOORTE A |
| RÉGIMEN                                            | NO RESPONSABLE DE IVA |                | COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | \$ 2.575.520,00   |
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      | \$                    | 6.438.800,00   | NÚMERO DE FACTURA              |                   |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |                       |                | BASE GRAVABLE                  | \$ -              |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | \$                    | 6.438.800,00   | IVA                            | \$ -              |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                | \$                    | 412.100        | DATOS SEGURIDAD SOCIAL         |                   |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)                | \$                    | 321.900        | NOMBRE F. PENSIÓN              | COLPENSIONES      |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          | CINCO (V)             |                | NOMBRE EPS                     | SURA              |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      | \$                    | -              | NOMBRE ARL                     | POSITIVA          |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             | \$                    | -              |                                |                   |

Datos de validación portal operador



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que WILSON DE JESUS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 71731360, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) WILSON DE JESUS MESA CASAS con documento CC 71731360, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                 |                          |                  |
|--------------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|
| Número de Planilla             | 7983275456      | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros         | SEPTIEMBRE/2025 | Periodo Cotización Salud | SEPTIEMBRE/2025  |
| Fecha Pago                     | 2025/09/18      | Número de Autorización   | 1786343681       |

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

|       |                |                          |  |
|-------|----------------|--------------------------|--|
| SALUD | Administradora | EPS010 - SURAMERICANA DE |  |
| 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

Rob M. Alda  
25/09/25

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                            |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA       | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 71731360             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | WILSON DE JESUS MESA CASAS |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | MEDELLIN DEPARTAMENTO:     | ANTIOQUIA                                      |
| DIRECCIÓN:                                                                | CLL 45 80 24               | TÉLEFONO: 4131784                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE           | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                    | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                      |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                            | NO                                             |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                                    |
|--------------------------------|-------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7979433500  | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: agosto | PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto     |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025   | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0           |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/07/31  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1666538481    |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 9003360047            | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 412.100   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 412.100   |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8000887022            | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD  | 1          | \$ 322.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 322.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 13.500    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 13.500    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 747.600 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 747.600 |

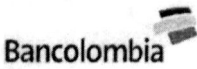
Valor IBC mes de agosto de 2025 contrato 3437

| INFORMACIÓN PARA PAGO                              |                       |                |                        |                                |                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|
| ¿PENSIONADO?                                       | NO                    | NÚMERO DE PAGO | 2                      | BASE DE APOORTE A              |                 |
| RÉGIMEN                                            | NO RESPONSABLE DE IVA |                |                        | COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | \$ 2.575.520,00 |
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      | \$                    | 6.438.800,00   | NÚMERO DE FACTURA      |                                |                 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |                       |                | BASE GRAVABLE          | \$                             | -               |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | \$                    | 6.438.800,00   | IVA                    | \$                             | -               |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                | \$                    | 412.100        | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |                                |                 |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,8%) (*)                | \$                    | 321.900        | NOMBRE F. PENSIÓN      | COLPENSIONES                   |                 |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |                       | UNO (I)        | NOMBRE EPS             | SURA                           |                 |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      | \$                    | 13.400         | NOMBRE ARL             | POSITIVA                       |                 |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             | \$                    | -              |                        |                                |                 |

Datos de validación portal operador



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que WILSON DE JESUS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 71731360, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) WILSON DE JESUS MESA CASAS con documento CC 71731360, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                          |                  |
|--------------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| Número de Planilla             | 7979433500  | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Período Cotizado Otros         | AGOSTO/2025 | Período Cotización Salud | AGOSTO/2025      |
| Fecha Pago                     | 2025/07/31  | Número de Autorización   | 1666538481       |

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

|       |                |                          |
|-------|----------------|--------------------------|
| SALUD | Administradora | EPS010 - SURAMERICANA DE |
| Días  | 30 Tarifa      | 12,500 %                 |

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

Rdb MML/dra  
28/08/25.