| Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias | *LISTA DE CHEQUEO PAGOS* |
|---|---|

| VERSIÓN 15 | CODIGO FO-GFI-02 | FECHA EDICIÓN: 20/06/2024 |
|---|---|---|

**PROCESO COLOMBIA COMPRA EFICIENTE** NO

**ORGANIZACIONES SOLIDARIAS**
No Rad: **2025CI40559**
Fecha **2025/10/16 10:43.A.M**
Asunto: **INFORME No. 08 CONTRATO No. 129 DE 2025 – ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ.**
Rem: **DIRECCION DE DESARROLLO**
Dest: **GRUPO FINANCIERA.**
No. Anexos **00** No. Folios: **09**

**CONTRATO No. - AÑO** 129 de 2025

**BENEFICIARIO:** ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ

**NIT-DV:** 35,897,324 | 8 **CDP No.:** 7725 **RP No. :** 25025 **Pago No.:** 8

**Tipo de beneficiario:** Persona Natural

**Fecha Acta de Inicio y/o Cesión:** 28-feb-2025

**Producto:** SERVICIO

## LISTA DE CHEQUEO

| DOCUMENTOS | ADJUNTO | CUMPLE |
|---|---|---|
| 1. Factura Electrónica ( Pantallazo Aprobado en Olimpia IT), Documento Equivalente o Cuenta de Cobro (según RUT) Original y Copia. | SI | |
| 2. Recibo a satisfacción (Original y Copia). | SI | |
| 3. Oficio remisorio radicado de informes supervisor y contratista / cooperante donde se relacione el No. de informe y el cronograma de actividades si aplica. | SI | |
| 4. Certificado pago Seguridad Social sobre ingresos del Contrato acompañado de la/s planilla/s (salud, pensión, ARL) | SI | |
| 5. Certificación de Declarante*. El contratista puede adicionar soportes para reducir su retención en la fuente. | NO | |

* Aplica para primeros pagos o desembolsos de cada vigencia.

**SONIA BUENDIA TORRES**
Supervisora CTO 129 de 2025
Periodo del 1 a l 30 de Septiembre de 2025
Profesional Especializado Grupo Región Sur

Revisó Financiera: _____

Aprobó para pago: _____

| Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias | *LISTA DE CHEQUEO PAGOS* |
|---|---|

| VERSIÓN 15 | CODIGO FO-GFI-02 | FECHA EDICIÓN: 20/06/2024 |
|---|---|---|

**PROCESO COLOMBIA COMPRA EFICIENTE** NO

**ORGANIZACIONES SOLIDARIAS**
No Rad: **2025CI40559**
Fecha **2025/10/16 10:43.A.M**
Asunto: **INFORME No. 08 CONTRATO No. 129 DE 2025 – ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ.**
Rem: **DIRECCION DE DESARROLLO**
Dest: **GRUPO FINANCIERA.**
No. Anexos **00** No. Folios: **09**

**CONTRATO No. - AÑO** 129 de 2025

**BENEFICIARIO:** ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ

**NIT-DV:** 35,897,324 | 8 **CDP No.:** 7725 **RP No. :** 25025 **Pago No.:** 8

**Tipo de beneficiario:** Persona Natural

**Fecha Acta de Inicio y/o Cesión:** 28-feb-2025

**Producto:** SERVICIO

## LISTA DE CHEQUEO

| DOCUMENTOS | ADJUNTO | CUMPLE |
|---|---|---|
| 1. Factura Electrónica ( Pantallazo Aprobado en Olimpia IT), Documento Equivalente o Cuenta de Cobro (según RUT) Original y Copia. | SI | |
| 2. Recibo a satisfacción (Original y Copia). | SI | |
| 3. Oficio remisorio radicado de informes supervisor y contratista / cooperante donde se relacione el No. de informe y el cronograma de actividades si aplica. | SI | |
| 4. Certificado pago Seguridad Social sobre ingresos del Contrato acompañado de la/s planilla/s (salud, pensión, ARL) | SI | |
| 5. Certificación de Declarante*. El contratista puede adicionar soportes para reducir su retención en la fuente. | NO | |

* Aplica para primeros pagos o desembolsos de cada vigencia.

**SONIA BUENDIA TORRES**
Supervisora CTO 129 de 2025
Periodo del 1 a l 30 de Septiembre de 2025
Profesional Especializado Grupo Región Sur

Revisó Financiera: _____

Aprobó para pago: _____

**Bogotá D.C., 01 de octubre de 2025**

**CUENTA DE COBRO No 008- 2025**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS**
NIT 899.999.050 - 8

DEBE A
**ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ**
NIT 35.897.324 - 8

**La suma de: Cuatro millones cuatrocientos mil pesos Moneda Corriente ($4.400.000)**

**POR CONCEPTO DE:** Prestar servicios profesionales, con plena autonomía técnica y administrativa, para realizar acciones dirigidas al Fomento, fortalecimiento, seguimiento y evaluación de las organizaciones, redes y circuitos de la economía solidaria, popular, comunitaria y social, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales y poblaciones, promoviendo escenarios de articulación e integración en el marco de la implementación de la Agenda de Asociatividad Solidaria para la Paz, el Sistema de Educación para la Asociatividad Solidaria - SEAS, y los demás programas, estrategias y planes que defina la Unidad Solidaria en el territorio asignado.

EL ANTERIOR COBRO CORRESPONDE AL **PAGO 08** CONFORME A LA FORMA DE PAGO DEL **CONTRATO NO 129 DE 2025**, QUE CORRESPONDE AL PERIODO DEL **01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025**

**ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ**
**No 35.897.324**

**CERTIFICACION**

Yo, **SONIA BUENDIA TORRES** identificada con la C.C. No. **52.619.629**, en mi calidad de supervisora del **contrato No. 129 de 2025**, **CERTIFICO** que, **ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ** en su calidad de contratista, identificado con **NIT. No. 35.897.324 - 8** cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones estipuladas en el **contrato No. 129 de 2025**, entre el periodo comprendido **del 01 al 30 de septiembre de 2025**, que representa el **pago No. 08**, conforme a la cláusula de forma de pago y de acuerdo con lo consignado en el informe presentado por el contratista con destino al expediente contractual, previamente revisado y aprobado. Del presente certificado hace parte el informe de supervisión que contiene los aspectos: técnico, administrativo, contable, financiero y jurídico y que reposa en la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

Que he verificado el cumplimiento por parte del contratista de lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el art. 1º de la ley 828 de 2003 y demás normas que regulan la materia, relativo a las planillas de pago, constancias o certificaciones de encontrarse a paz y salvo durante los últimos ocho (8) meses, por concepto de pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARP) y aportes parafiscales.

Que el **contrato No. 129 de 2025**, no presenta irregularidades ni inconvenientes en su ejecución y en consecuencia se procede a solicitar el pago por valor de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.400.000)**, según la forma de pago del mismo.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C, al **segundo (02) día del mes de octubre de 2025**, para su correspondiente trámite de pago.

Atentamente,

**SONIA BUENDIA TORRES**
Supervisora CTO 129 de 2025
Período del 1 al 30 de septiembre de 2025
Profesional Especializada Grupo Región Sur

## CERTIFICACION

Yo, **SONIA BUENDIA TORRES** identificada con la C.C. No. **52.619.629**, en mi calidad de supervisora del **contrato No. 129 de 2025**, **CERTIFICO** que, **ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ** en su calidad de contratista, identificado con **NIT. No. 35.897.324 - 8** cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones estipuladas en el **contrato No. 129 de 2025**, entre el periodo comprendido **del 01 al 30 de septiembre de 2025**, que representa el **pago No. 08**, conforme a la cláusula de forma de pago y de acuerdo con lo consignado en el informe presentado por el contratista con destino al expediente contractual, previamente revisado y aprobado. Del presente certificado hace parte el informe de supervisión que contiene los aspectos: técnico, administrativo, contable, financiero y jurídico y que reposa en la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

Que he verificado el cumplimiento por parte del contratista de lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el art. 1º de la ley 828 de 2003 y demás normas que regulan la materia, relativo a las planillas de pago, constancias o certificaciones de encontrarse a paz y salvo durante los últimos ocho (8) meses, por concepto de pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARP) y aportes parafiscales.

Que el **contrato No. 129 de 2025**, no presenta irregularidades ni inconvenientes en su ejecución y en consecuencia se procede a solicitar el pago por valor de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($4.400.000)**, según la forma de pago del mismo.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C, al **segundo (02) día del mes de octubre de 2025**, para su correspondiente trámite de pago.

Atentamente,

**SONIA BUENDIA TORRES**
Supervisora CTO 129 de 2025
Período del 1 al 30 de septiembre de 2025
Profesional Especializada Grupo Región Sur

# CERTIFICACIÓN

**PAGOS SEGURIDAD SOCIAL**

**(SALUD, PENSIÓN, ARL)**

Yo***, ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ*** identificada con C.C. No. ***35897324,*** de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento certifico:

Que los documentos soporte del pago de la seguridad social del mes de **septiembre de 2025**, corresponden a los ingresos provenientes del **contrato No 129 de 2025**, con el fin de disminuir la base de retención.

Esta declaración la hago a el **día uno (01) del mes de octubre de 2025**, con destino a la ***UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS*****,** para que surta los efectos legales.

Cordialmente,

**ANGIE BKATERINE DEMARCHI CABRANEZ**
**CC 35.897.324**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 35897324 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | QUIBDO | DEPARTAMENTO: | CHOCO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO COHIMBRA | TELÉFONO: | 6713161 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4619583368 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/09/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9994097203 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 341.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 341.400 | $ 0 | $ 341.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 341.400** | **$ 0** | **$ 341.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 266.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 266.700 | $ 0 | $ 0 | $ 266.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 266.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 266.700** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 11.200 | $ 11.200 | $ 0 | $ 0 | $ 11.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 11.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 11.200** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | CCF | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 35897324 | DEMARCHI CABRANEZ ANGIE KATERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.133.530 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.133.530 | $ 341.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 341.400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.133.530 | $ 266.700 | $ 0 | $ 266.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.133.530 | 35897324 | $ 11.200 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 619.300**

SOI Planilla Pagada

Bogotá D.C., 02 de octubre de 2025

**ORGANIZACIONES SOLIDARIAS**
No Rad: **2025CI40558**
Fecha **2025/10/16 10:41.A.M**
Asunto: **INFORME No. 08 CONTRATO No. 129 DE 2025 – ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ.**
Rem: **DIRECCION DE DESARROLLO**
Dest: **SUBDIRECCIÒN NACIONAL.**
No. Anexos **00** No. Folios: **25**

Doctor
**JHON FREDY LÓPEZ FRANCO**
Subdirector Nacional - Ordenador del Gasto (D)
Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias.
Ciudad

**Asunto: INFORME No 08 DEL CONTRATO No 129 DE 2025.**

Respetado Doctor;

De manera atenta y para los fines pertinentes adjunto, el informe de supervisión e informe de la contratista **ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ** correspondiente al **contrato N° 129 de 2025**, del periodo comprendido entre el **01 al 30 de septiembre** de la presente vigencia, que representa el pago **No 08.**

Cordialmente,

**SONIA BUENDÍA TORRES**
Supervisora CTO 129 de 2025
Período del 1 al 30 de septiembre de 2025

**Anexo** informe de supervisión, informe técnico y soportes cargados en el Secop II.

JHON FREDY LOPEZ FRANCO
SUBDIRECTOR UNIDADSOLIDARIA
15/10/2025