

	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		SARRIA CRUZ							
NOMBRES		SANDRA XIOMARA							
CÉDULA		31.656.331							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		CALI	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. VALLE DEL CAUCA - CALI				

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	3.171	VALOR TOTAL	\$	49.364.700,00	CDP	7125	RP	744325	
VIGENCIA	2.025	DESDE	10	JUN	2.025	HASTA	31	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	5		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		\$ 2.820.840,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 7.052.100,00		NÚMERO DE FACTURA			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$ -	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 7.052.100,00		IVA		\$ -	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 451.300		DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 352.600		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		CINCO (V)		NOMBRE EPS		SANITAS	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ -		NOMBRE ARL		POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$ -					

NÚMERO DE ACT	2				
ACTIVIDAD	%	VALOR			
C-1705-1100-8-10106A-1705028-02Realizar la adopción de informes de caracterización de afectaciones territoriales.	80,00%	\$ 5.641.680,00			
C-1705-1100-8-10106A-1705028-02Radicar las Demandas de restitución de derechos territoriales	20,00%	\$ 1.410.420,00			
TOTALES			100,00%	\$ 7.052.100,00	
DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	84250333756

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

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA						
1º Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.						
2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2009.						
3º De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2016 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS, manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar.						
4º De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.						
 FIRMA: SANDRA XIOMARA SARRIA 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 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	JORGE ARTURO VASQUEZ PINO	CARGO / ROL	DIRECTOR	DEPENDENCIA	DT. VALLE DEL CAUCA - CALI
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	
 FIRMA: JORGE ARTURO VASQUEZ PINO			 FIRMA:			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31656331		SARRIA CRUZ SANDRA XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cile 32anorte # 2-165	CALI-VALLE	2431963	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-09	2025-09	1817407890	9492150820	I	2025/10/08	2025/10/01	NEQUI	0	\$546,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,200	\$0	\$0	\$35,200
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	\$35,200	\$0	\$0	\$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
TOTAL				1	\$546,000	\$0	\$0	\$546,000

Diana M. Velez

22 OCT 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31656331		SARRIA CRUZ SANDRA XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 32 a Norte # 2-165	CALI-VALLE	2431963	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1817407890	9492150820	I	2025/10/08	2025/10/01	NEQUI	\$546,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES								
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tao	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	lee	lma	vac	exp	vct	rt	Vp	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	31656331	SARRIA SANDRA																	230301	30	\$1,760,000	\$281,600	EPS005	30	\$1,760,000	\$220,000	CCF57	30	\$1,760,000	\$35,200	14-23	30	\$1,760,000	\$9,200	30	\$0	\$0	No	\$546,000
Total Afiliados(1)																						\$1,760,000	\$281,600			\$1,760,000	\$220,000			\$1,760,000	\$35,200			\$1,760,000	\$9,200	\$0	\$0		\$546,000	

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 **31656331**

EPS
SANITAS 

Valor aportado a EPS
220000 

Clave de pago
9492150820 

Período de cotización (salud)
2025 **09** 

☐ No soy un robot

reCAPTCHA cambiará sus Condiciones del Se [Toma medidas.](#)

reCAPTCHA Privacidad · Condiciones

Verificar planilla



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

22 OCT 2025
Diana M. Velazquez

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31656331		SARRIA CRUZ SANDRA XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Clle 32anorte # 2-165	CALI-VALLE	2431963	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1867462786	9493539349	N	2025/10/08	2025/10/21	NEQUI	\$332,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$170,000	\$1,400	\$0	\$171,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$170,000	\$1,400	\$0	\$171,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,600	\$100	\$0	\$5,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$5,600	\$100	\$0	\$5,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,300	\$200	\$0	\$21,500
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	\$21,300	\$200	\$0	\$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$132,800	\$1,100	\$0	\$133,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$132,800	\$1,100	\$0	\$133,900
TOTAL				1	\$329,700	\$2,800	\$0	\$332,500

Diana M Velaz

22 OCT 2025