

	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

APELLIDOS		SANJUAN MELENDEZ									
NOMBRES		JOSE NICOLAS									
CÉDULA		1.140.822.626									
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		EL CARMEN DE BOLIVAR		UBICACIÓN		DIRECCIÓN TERRITORIAL		DT. BOLÍVAR - EL CARMEN			

CONTRATO N°	3.117	VALOR TOTAL	\$	41.392.500,00	CDP	3225	RP	690525	
VIGENCIA	2.025	DESDE	30	MAY	2.025	HASTA	31	DIC	2.025
TIPO DE CONTRATO		SERVICIOS PROFESIONALES							

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE		HASTA	
VALOR ADICIÓN		REDUCCIÓN		VALOR	
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE	FECHA	VALOR CESIÓN	
		CESIONARIO	DESDE		
¿SUSPENSIÓN?		DESDE		HASTA	
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA			

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	7	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$	2.207.600,00
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	5.519.000,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	5.519.000,00	IVA	\$
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	353.200		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	276.000	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)	NOMBRE EPS	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	11.500	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

1		
C-1799-1100-1-10106A-1799060-02Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	100,00%	\$ 5.519.000,00
TOTALES	100,00%	\$ 5.519.000,00

BANCO	BANCO AV VILLAS	TIPO	AHORROS	No. CTA	805924151
-------	-----------------	------	---------	---------	-----------

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.

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, seré 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: JOSÉ NICOLÁS SANJUAN MELENDEZ

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-64 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	DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. BOLÍVAR - EL CARMEN
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ

FIRMA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140822626		SANJUAN MELENDEZ JOSE NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 74 33 57	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3180430	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-10	2025-10	1921270131	9493498148	i	2025/11/10	2025/11/11	BANCO AV VILLAS	\$641,500

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)					\$2,207,600	\$353,300			\$2,207,600	\$276,000			\$0	\$0			\$2,207,600	\$11,600		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,207,600	\$353,300			\$2,207,600	\$276,000			\$0	\$0			\$2,207,600	\$11,600		\$0	\$0		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,207,600	\$353,300			\$2,207,600	\$276,000			\$0	\$0			\$2,207,600	\$11,600		\$0	\$0		
1	CC	1140822626	SANJUAN JOSE	25-14	30	\$2,207,600	\$353,300	EPS005	30	\$2,207,600	\$276,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,207,600	\$11,600	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,207,600	\$353,300			\$2,207,600	\$276,000			\$0	\$0			\$2,207,600	\$11,600		\$0	\$0		


1-12-25

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140822626		SANJUAN MELENDEZ JOSE NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 74 33 57	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3180430	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2025-10	2025-10	1921270131	9493498148	I	2025/11/10	2025/11/11	BANCO AV VILLAS	1
								\$641,500
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$353,300	\$300	\$0	\$353,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$353,300	\$300	\$0	\$353,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,600	\$100	\$0	\$11,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,600	\$100	\$0	\$11,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$276,000	\$200	\$0	\$276,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$276,000	\$200	\$0	\$276,200
TOTAL				1	\$640,900	\$600	\$0	\$641,500

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 ▼	1140822626
EPS	
SANITAS	
Valor aportado a EPS	
276000	
Clave de pago	
9493498148	
Período de cotización (salud)	
2025 ▼	10 ▼



☐ No soy un robot

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

reCAPTCHA Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

Handwritten signature and date 1-12-25



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