

	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 ☐

16/01/2025

Fecha de aprobación:

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
APELLIDOS		TURIZO GOMEZ							
NOMBRES		MARIA TERESA							
CÉDULA		22,869,592							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		APARTADÓ		UBICACIÓN		DIRECCIÓN TERRITORIAL		DT. APARTADÓ	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°		2,934		VALOR TOTAL		\$ 48,291,000.00		CDP 5425 RP 649725	
VIGENCIA		2,025		DESDE		23 MAY 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					

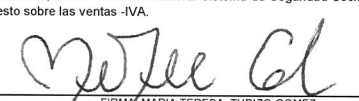
INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		ÚLTIMO PAGO		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1,423,500.00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 3,219,400.00		NÚMERO DE FACTURA		No Aplica	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$ -	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 3,219,400.00		IVA		\$ -	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 227,800		DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 177,900		NOMBRE F. PENSIÓN		COLPENSIONES	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		CINCO (V)		NOMBRE EPS		SALUD TOTAL	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ -		NOMBRE ARL		POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$ -					

NÚMERO DE ACTIVIDADES		3					
ACTIVIDAD				%		VALOR	
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante.				34.00%		\$ 1,094,596.00	
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02Radicar la demanda ante el juez de restitución de tierras.				33.00%		\$ 1,062,402.00	
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%		\$ 1,062,402.00	
TOTALES				100.00%		\$ 3,219,400.00	

DATOS BANCARIOS											
BANCO		BANCO DAVIVIENDA		TIPO		AHORROS		No. CTA		0550488447012383	

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, 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 MARIA TERESA TURIZO GOMEZ									

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		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	
1		NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: JOSE ALBERTO KUNZEL JIMENEZ		FIRMA:	
------------------------------------	--	--------	--

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	22869592	MARIA TERESA TURIZO GOMEZ	Kra 21 H N° 40E 53	3004202719	mariturizo31@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1- Independiente			SUCRE	COROZAL	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)		CANTIDAD	
								EMPLADOS 1	
								UPC 0	
								TOTAL A PAGAR \$1.329.300	
PERIODO SALUD		2025-11		2025-11		05/12/2025		92115978	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	572.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	0
									572.500
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	732.800	0	0	0	0	0	0		732.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.000	No. Autorización	Valor	24.000	0	0	24.000	Saldo a Favor	240	24.000	24.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	572.500	572.500	
Pensión	1	732.800	732.800	
Riesgos Laborales	1	24.000	24.000	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	1.329.300	1.329.300	

Validado en 2025
Carolina
12 diciembre

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	22869592	MARIA TERESA TURIZO GOMEZ		kra 21 H N 40E 53	3004202719	mariaurizo31@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			SUCRE	COROZAL	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLAADOS	UPC
2025-11		2025-11	I	05/12/2025	92115278	1	0
TOTAL A PAGAR						\$1.329.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										PENSIÓN										SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Aptitudes y Nombres	Cobertura	Salud	Cobertura	Voluntario o Afiliado	Voluntario o Afiliado	Cotización	IBC AFP	Cód AFP	Cotización	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Cotización / Valor UPC	Cód ARL	IBC ARL	Caja de Seguro	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Asesor CCF	IBC para parapénados	Asesor SENA	Asesor IGSR	Asesor MEN									
INFORMACIÓN NOVEDADES							CONTRIBUCIÓN		RSE		MCT		VAC		LMA		IGR		BUN		VST		VSA		FZ		TAR		ZAR		TDR		MIT		RD	

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*

CC - Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

22869592

Número de planilla*

92115978

Valor Planilla*

1329300

Periodo de pago salud*

Mes*

Noviembre

Año*

2025

Fecha de pago de la planilla*

12/05/2025



Redes de Pago

Fechas de Pago
Hoy 12 Diciembre 2025 pagan:

57-63

Ver fechas de pago

Regresar

Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Noviembre - 2025
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Copensiones	Noviembre - 2025
Salud	Salud Total EPS	Noviembre - 2025

Validado
Carolina Garcia
12 Diciembre 2025

15.4

