

|  |                                                                                 |  |  |  |  |  |                  |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|
|  | 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: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 16/01/2025

|                                 |  |                  |  |           |  |             |  |                            |  |
|---------------------------------|--|------------------|--|-----------|--|-------------|--|----------------------------|--|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                  |  |           |  |             |  |                            |  |
| APELLIDOS                       |  | CAMACHO GORDILLO |  |           |  |             |  |                            |  |
| NOMBRES                         |  | ANGIE LIZETH     |  |           |  |             |  |                            |  |
| CÉDULA                          |  | 1.022.968.770    |  |           |  |             |  |                            |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | BOGOTÁ           |  | UBICACIÓN |  | DEPENDENCIA |  | OFICINA DE CONTROL INTERNO |  |

|                                  |  |                         |  |             |  |                  |  |                    |  |
|----------------------------------|--|-------------------------|--|-------------|--|------------------|--|--------------------|--|
| INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO |  |                         |  |             |  |                  |  |                    |  |
| CONTRATO N°                      |  | 122                     |  | VALOR TOTAL |  | \$ 92.719.200,00 |  | CDP 5126 RP 12426  |  |
| VIGENCIA                         |  | 2.026                   |  | DESDE       |  | 5 ENE 2.026      |  | HASTA 31 DIC 2.026 |  |
| TIPO DE CONTRATO                 |  | SERVICIOS PROFESIONALES |  |             |  |                  |  |                    |  |

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

|                       |  |                       |  |                |  |   |  |                                                                  |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|---|--|------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN PARA PAGO |  |                       |  |                |  |   |  |                                                                  |  |
| ¿PENSIONADO?          |  | NO                    |  | NÚMERO DE PAGO |  | 2 |  | BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 3.090.640,00 |  |
| RÉGIMEN               |  | NO RESPONSABLE DE IVA |  |                |  |   |  |                                                                  |  |

|                                                    |  |                 |  |                        |  |              |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------|--|--------------|--|--|--|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      |  | \$ 7.726.600,00 |  | NÚMERO DE FACTURA      |  |              |  |  |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |  |                 |  | BASE GRAVABLE          |  | \$ -         |  |  |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) |  | \$ 7.726.600,00 |  | IVA                    |  | \$ -         |  |  |  |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                |  | \$ 494.500      |  | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |  |              |  |  |  |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)                |  | \$ 386.300      |  | NOMBRE F. PENSIÓN      |  | COLPENSIONES |  |  |  |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |  | UNO (I)         |  | NOMBRE EPS             |  | COMPENSAR    |  |  |  |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      |  | \$ 16.100       |  | NOMBRE ARL             |  | POSITIVA     |  |  |  |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             |  | \$ -            |  |                        |  |              |  |  |  |

|                       |  |   |  |
|-----------------------|--|---|--|
| NÚMERO DE ACTIVIDADES |  | 1 |  |
|-----------------------|--|---|--|

|                                                                                 |  |         |  |                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|-----------------|--|
| ACTIVIDAD                                                                       |  | %       |  | VALOR           |  |
| C-1799-1100-2-10106A-1799072-02 Desarrollar el modelo de operación de la Unidad |  | 100,00% |  | \$ 7.726.600,00 |  |
| TOTALES                                                                         |  | 100,00% |  | \$ 7.726.600,00 |  |

|                 |  |            |  |      |  |         |  |         |  |            |  |
|-----------------|--|------------|--|------|--|---------|--|---------|--|------------|--|
| DATOS BANCARIOS |  |            |  |      |  |         |  |         |  |            |  |
| BANCO           |  | BANCO BBVA |  | TIPO |  | AHORROS |  | No. CTA |  | 0974005049 |  |

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 período 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 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.                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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: ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                 |             |                 |             |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------|-------------|-----------------|-------------|----------------------------|
| 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 | CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ | CARGO / ROL | JEFE DE OFICINA | DEPENDENCIA | OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NOMBRE |                                 | CARGO / ROL |                 | DEPENDENCIA |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                 |             |                 |             |                            |
| FIRMA: CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                 |             |                 |             |                            |
| FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                 |             |                 |             |                            |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |                                                |                    |                          |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN                                      | TELÉFONO           | CORREO                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 1022968770        | ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO | Carrera 90 bis # 73a-57 Interior 1a apalto 503 | 3007660970         | angiel.camacho@gmail.com |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO                                         | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |                                     |  |  |  |
| UNICA               | I - Independiente |                               |                                                | BOGOTÁ D.C.        |                          | BOGOTÁ D.C.                         |  |  |  |
|                     |                   |                               |                                                |                    |                          | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                    |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1                  |
| PERIODO SALUD        |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR      |
| 2026-01              |                                    |               |                           |                 | \$959.100          |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| Código EPS | TOTALES SALUD |             | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|-----|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
|            | Nombre        |             |     |                        |               | No. Autorización | Valor |                     |           |                       |                |               |               |
| EPS008     | Compensar EPS | 860066942-7 |     | 386.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0         | 0                     | 0              | 386.400       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 494.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     | 0              | 494.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |     |                        |                  |       |                        |                       |                      |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-----|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Reducido Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |     |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |                      |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros |     | 86001163-6             | 16.200           |       |                        | 16.200                | 0                    | 0                     | 16.200              |                            |                     | 162               | 16.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF21         | Callam | 860013570-3 | 61.900       | 0         | 0                 | 61.900        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
| 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                              | 386.400                             | 386.400       |
| Pensión                | 1                              | 494.600                             | 494.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.200                              | 16.200        |
| CCF                    | 1                              | 61.900                              | 61.900        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 959.100                             | 959.100       |

Johna Reyes  
19 Feb 2026





[Inicio](#) / [Consulta Pago de Aportes](#)

## 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\*

1022968770

Número de planilla\*

49876851

Valor Planilla\*

959100

Periodo de pago salud\*

Mes\*

Enero

Año\*

2026

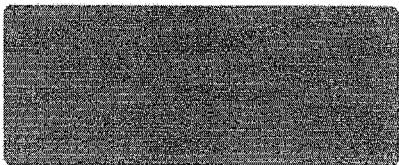
Fecha de pago de la planilla\*

02/10/2026

Regresar

Consultar

| Aporte  | Entidad                                               | Periodo      |
|---------|-------------------------------------------------------|--------------|
| Riesgos | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS                          | Enero - 2026 |
| Pension | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | Enero - 2026 |
| Cajas   | Cafam Caja de Compensacion Fliar                      | Enero - 2026 |
| Salud   | Compensar EPS                                         | Enero - 2026 |



Alfonso Reyes  
19 Feb 2026

### Redes de Pago



Fechas de Pago  
Hoy 19 **Febrero** 2026 pagan:

82-87

[Ver fechas de pago](#)

[Ayuda](#)

[Preguntas](#)

[Contacto](#)

### Números de contacto

miplanilla.com  
Bogotá: 57 (1) 307 70 06  
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud  
Bogotá: 57 (1) 444 12 34  
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación  
Familiar Compensar  
Sede Principal

Comfenalco Valle  
Cali: 57 (2) 8862727  
Nacional: 018000 938585