| | 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 | ALCOCER RIVERA | | | | |
| NOMBRES | SANTIAGO ARBEY | | | | |
| CÉDULA | 1.094.858.255 | | | | |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | CÚCUTA | UBICACIÓN | DEPENDENCIA | GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO | |

| INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO N° | 1.303 | VALOR TOTAL | $ | 60.203.000,00 | CDP | 10726 | RP | 112026 | | | |
| VIGENCIA | 2.026 | DESDE | 16 | ENE | 2.026 | HASTA | 15 | 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 | | | VALOR CESIÓN | | | |
| | | CESIONARIO | | DESDE | | | | | | |
| ¿SUSPENSIÓN? | | | | DESDE | | | HASTA | | | |
| ¿TERMINACIÓN ANTICIPADA? | | | | FECHA | | | | | | |

| INFORMACION PARA PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PENSIONADO? | NO | NÚMERO DE PAGO | 2 | BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | $ 2.189.200,00 |
| RÉGIMEN | NO RESPONSABLE DE IVA | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO | $ 5.473.000,00 | NÚMERO DE FACTURA | FE-371 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA) | | BASE GRAVABLE | $ - |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | $ 5.473.000,00 | IVA | $ - |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*) | $ 350.300 | DATOS SEGURIDAD SOCIAL | |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*) | $ 273.700 | NOMBRE F. PENSIÓN | PROTECCIÓN |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR | UNO (I) | NOMBRE EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR | $ 11.400 | NOMBRE ARL | POSITIVA |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | $ - | | |

| NÚMERO DE ACTIVIDADES | 2 |
|---|---|

| ACTIVIDAD | % | VALOR |
|---|---|---|
| C-1705-1100-10-10106B-1705005-02 Realizar el diseño de los proyectos productivos ordenados por jueces y magistrados de restitución de tierras | 50,00% | $ 2.736.500,00 |
| C-1705-1100-10-10106B-1705005-02 Realizar el acompañamiento integral a la implementación de los proyectos productivos ordenados por jueces y magistrados de restitución de tierras | 50,00% | $ 2.736.500,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTALES | 100,00% | $ 5.473.000,00 |

| DATOS BANCARIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 43663741684 |

**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 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.

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: SANTIAGO ARBEY ALCOCER RIVERA

## 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.**

| Nº DE SUPERVISORES | NOMBRE | MAURICIO JESÚS CARREÑO JÁCOME | CARGO / ROL | DIRECTOR TERRITORIAL | DEPENDENCIA | DT. NORTE DE SANTANDER |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | NOMBRE | ANTONIO AGUSTÍN MARTÍNEZ OSPINO | CARGO / ROL | COORDINADOR | DEPENDENCIA | GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO |

FIRMA: MAURICIO JESÚS CARREÑO JÁCOME

FIRMA: ANTONIO AGUSTÍN MARTÍNEZ OSPINO

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre el Sistema de Información Strategos

**SANTIAGO ARBEY ALCOCER RIVERA**
NIT 1.094.858.255-7
**Clinica veterinaria Dr Tiago**
Manzana 41 lote 27 Claret
Tel: 3228283982
Cúcuta - Colombia
saar988@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FE 371**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas | | |
| **NIT** | 900.498.879-9 | **Teléfono** | (571) 3770300 - Ext. 1 |
| **Dirección** | Carrera 13 A #29-24 Edificio Alianza Piso 11 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 18/02/2026, 14:51 |
| **Expedición** | 18/02/2026, 14:51 |
| **Vencimiento** | 18/02/2026 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Servicios profesionales prestados al Grupo Fondo de Restitución de Tierras y Territorios desde el nivel territorial para el desarrollo de la ruta de atención en el marco de la medida complementaria de proyectos productivos agropecuarios, proferida por Jueces y/o Magistrados de Restitución dirigidas a la UAEGRTD, de acuerdo con la necesidad del servicio en el período comprendido entre el 01 al 28 de febrero de 2026, según Contrato 1303 de 2026. | 1.00 | 5,473,000.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 5,473,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 5,473,000.00 |

**Valor en Letras:**
Cinco millones cuatrocientos setenta y tres mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 5,473,000.00

**Observaciones:**
#$17-16-00;CONTRATO1303-2026;antonio.martinez@urt.gov.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este titulo - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094239319 aprobado en 20250609 prefijo FE desde el número 301 al 1000 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 7500 Actividades veterinarias Tarifa
**CUFE:** fbb12df65127490064991e6b4bbe90d6a75e389ae9d6108cee8a04c64176cb912888d039acfa1e3764c3a7f30ace54e3

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1094858255 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SANTIAGO ARBEY ALCOCER RIVERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CUCUTA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | MZ 24 LT 15 CLARET | TELÉFONO: | 5555555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4640422137 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/01/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995511946 |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 474.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 474.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 370.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 370.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 31.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 31.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 875.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 875.700** |

Primer Pago Puntual. 20/01/26

## CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que SANTIAGO ARBEY con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1094858255, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) SANTIAGO ARBEY ALCOCER RIVERA con documento CC 1094858255, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 4640422137 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | ENERO/2026 | Periodo Cotización Salud | ENERO/2026 |
| Fecha Pago | 2026/01/27 | Número de Autorización | 9995511946 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 230201- PROTECCION |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS037 - NUEVA E.P.S |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 1,044 % |
| Clase de Riesgo | 2 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

Planilla Pagada