

	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	BUSTAMANTE ANDRADE			
NOMBRES	AYDA LUZ			
CÉDULA	64.704.043			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	EL CARMEN DE BOLIVAR	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT BOLIVAR - EL CARMEN

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO				
CONTRATO N°	2.828	VALOR TOTAL	\$ 77.748.050,00	CDP 5726 RP 262626
VIGENCIA	2.026	DESDE	30 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	VALOR CESIÓN
		CESIONARIO	DESDE	
¿SUSPENSIÓN?	DESDE	HASTA		
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?	FECHA			

INFORMACIÓN PARA PAGO			
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	2
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.704.280,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 6.760.700,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$ 6.760.700,00	BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 6.760.700,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 432.700	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (**)	\$ 338.000	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	SALUD TOTAL
APORTES ARL (***) MES ANTERIOR	\$ 14.100	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1	C-1705-1100-9-10106A-1705020-02 Elaborar las pre pensiones, socializándolas con el solicitante a través de la ruta individual o colectiva campesina	100,00%	\$ 6.760.700,00
TOTALES		100,00%	\$ 6.760.700,00

DATOS BANCARIOS			
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS
		No. CTA	91261235761

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, será 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: AYDA LUZ BUSTAMANTE ANDRADE

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	DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA

FIRMA: DANIEL EDUARDO FLOREZ MUÑOZ

FIRMA



RAZÓN SOCIAL :	AYDA LUZ BUSTAMANTE ANDRADE
IDENTIFICACIÓN:	CC-64704043
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-04
FECHA DE PAGO:	2026-03-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36488986
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36488986
TIPO DE PLANILLA:	1

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 3.000	\$ 218.900	\$ 221.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 3.800	\$ 280.200	\$ 284.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 9.200	\$ 9.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 7.000	\$ 508.300	\$ 515.300

PAIGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/03/2026
----------------------------------	------------

Vbo:
Justina P.
05/03/2026.



CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2026-01
Período Salud : 2026-01

Se certifica que en la fecha 2026-03-04 la empresa AYDA LUZ BUSTAMANTE ANDRADE con documento de identificación CC 64704043 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante BUSTAMANTE ANDRADE AYDA LUZ identificado con CC-64704043, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-64704043		AYDA LUZ BUSTAMANTE ANDRADE		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
36488986	I	2026-03-04	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

✓/50:
Cristina P.
05/03/2026