CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

Dia Mes Año	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	AREÁ
17 /03/ 2026	CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ	DIRECCION ADMINISTRATIVA

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DE LA ENTIDAD: 800.246.890-7

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : *1.094.905.499*

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 017

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 14/01/ 2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 13/05/2026

CDP: 0020 del 09 de enero de 2026
RP: 0027 del 14 de enero de 2026

RUBRO PRESUPUESTAL
3.2.02.02.005.400 1045.2024630010092.53290_1
1.2.02.02.008.83118-1
2.3.2.02.02.005.400 1007.2024630010092.53290_1
2.3.2.02.02.005.400 1044.2024630010092.53290_1

VALOR INICIAL CONTRATO: CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000).
VALOR TOTAL: CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000).
ENTIDAD BANCARIA: *Davivienda*
VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO: $3.700.000 Numero cuenta bancaria: 0550136100142522 AHORROS
SALDO RESTANTE: **$ 7.400.000**

FORMA DE PAGO: El valor total del contrato asciende a la suma de **CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000),** suma que LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA mediante cuatro (04) pagos parciales cada treinta (30) días calendario por valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.700.000),** previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato del cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto del Contrato y su aceptación a satisfacción.

PERIODO A PAGAR*:* 13 de febrero al 14 de marzo de 2026

FEBRERO: 6008075948 valor: **508.300**	SOPORTES:
Pago de Pensión **$ 280.200**	1. Informe del contratista: 1 folio 2. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio 3. Otros: evidencias documentadas en CD 1 folio 4. Autorización descuento estampilla: 1 folio 5. Copia aportes seguridad social: 2 folios
Pago salud: **$ 218.900**	
ARL: $ 9.200	

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de **$3.700.000**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO X_ TERCERO___ CUARTO___ QUINTO__ SEXTO _ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ DECIMO___ OTROS___ CUAL:

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

NOTA: certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona reposa en el archivo de gestión, debidamente foliada y archivada.

Contrato No.	**017 DE 2026**		
Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN, PROMOCIÓN, DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE ADELANTEN POR PARTE DE LA ENTIDAD."**		
Valor Inicial contrato	**CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000).**	**Reg. Presupuestal No.**	0027 del 14 de enero de 2026
Valor Adición	**0**		
Valor Total	**CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000).**		
Contratista	**DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO**		
Supervisora	**CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ**		
Fecha de Inicio	**14/01/2026**	**Fecha de terminación**	**13 / 05 / 2026**
cha de Inicio Adición	-	**Fecha de terminación Adición**	-
Plazo de Ejecución Inicial	**120 días**		
Tiempo de Adición	**0**		
Plazo de Ejecución	**120 días**		

FECHA DE PRESENTACIÓN	**Año**	**Mes**	**Día**
	2026	03	17

En la ciudad de Armenia Q, en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta No 02 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Periodo informado	Del 13 de 02 al 14 de 03 del 2026

Obligaciones Especiales del Contrato	**Actividades Desarrolladas**	**Productos Generados-Ubicados en:**
1. Apoyar en la administración de las redes sociales de la entidad realizando publicaciones de información institucional.	Se apoyo la publicación de contenido en redes sociales Instagram y Facebook y se dio respuesta a los canales de chat respondiendo de manera oportuna.	Carpeta evidencias 1 Informe gestión comunity manager pdf
2. Apoyar las relaciones institucionales con los medios de comunicación.	Se apoyo las relaciones con medios de comunicación suministrando información relevante de la entidad	Carpeta evidencias 2 Fotos y pantallazos
3. Brindar apoyo en la ejecución de las fases del Plan Estratégico de Comunicaciones Institucionales vigencia 2025.	Se diseño organizo en el formato institucional el plan estratégico de comunicaciones para su adopción	Carpeta evidencias 3 Documento PDF
4. Apoyar las actividades requeridas para la realización de las asistencias técnicas para la formulación de la política pública	No fue requerido en el periodo informado	N/A

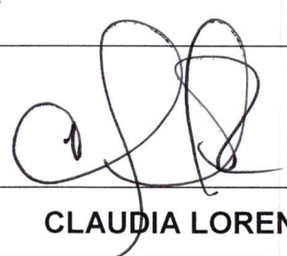
de vivienda, así como la elaboración de las correspondientes actas.		
5. Apoyar en la elaboración de presentaciones Multimedia e informes de gestión institucional.	Se apoyó la elaboración de diferentes presentaciones e informes gerenciales de gestión de la empresa.	Informe de gestión publicado en página web de fomvivienda
6. Apoyar la elaboración de las gráficas publicitarias de socialización para el servicio de saneamiento y titulación de bienes fiscales.	Se apoyo la realización de graficas para el performance de reconocimiento en titulación.	Imágenes en png y jpeg
7. Acompañar las actividades requeridas para socialización y divulgación del programa de mejoramientos de vivienda.	Se acompaño el área social de la empresa recopilando material de fotos y videos de los mejoramientos	Fotografías eventos y graficas en png y jpeg

ESTADO DE CUENTA	
Valor Inicial Contrato	**($14.800.000).**
Valor de Adición	0
Valor Total	**($14.800.000).**
Anticipo (Si lo hay)	**-**
Valor pagado N° 1	**$3.700.000**
Valor a pagar N°2	**$3.700.000**
Saldo:	**$7.400.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	**APORTES EN LÍNEA**	**Valor total del aporte individual**	**$508.300**
Planilla No.	**febrero** **6008075948**	**Salud**	**$ 218.900**
Periodo cotizado	**febrero**	**Pensión**	**$ 280.200**
		ARL	**$9.200**

ANEXOS:	***Marque con x***
Copia Recibo de pago de seguridad social	**X**
Copia planillas de aporte	**X**
Otros: Carta Retención	**X**

OBSERVACIONES: El contratista ha cumplido a cabalidad dentro del periodo informado con las obligaciones contenidas dentro del presente contrato.

Firma		
Nombre	**DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO**	**CLAUDIA LORENA SIERRA GOMEZ**
	CONTRATISTA	**SUPERVISORA**

FOMVIVIENDA Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia	**AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS** Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia Proceso Gestión Financiera	Código: EV-VE-F-015 Fecha: 27/10/2021 Versión: 001 Página: 1 de 1

Armenia, marzo 17 de 2026

Señores
Área Administrativa y Financiera
Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia
Ciudad

Asunto: Retención en la Fuente Contrato de prestación de servicios No. 053 de 2025.
Diego Esteban Torres Giraldo con C.C. 1.094.905.499 de Armenia (Q), en virtud del Contrato de Prestación de Servicios No. 053 de fecha 14 de enero de 2026, dispone que el valor total del contrato corresponde a El valor total del contrato asciende a la suma de **CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($14.800.000),** suma que LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA mediante cuatro (04) pagos parciales cada treinta (30) días calendario por valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.700.000),** previa constancia suscrita por el Supervisor del Contrato del cumplimiento parcial de las obligaciones derivadas del objeto del Contrato y su aceptación a satisfacción. Se solicita el pago de la segunda cuenta de cobro pago por el valor de **($3.700.000);** y bajo la gravedad de juramento realizo la siguiente declaración:

1. Que conforme lo dispuesto al parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, informo que no he contratado o vinculado por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos más de dos (2) trabajadores o contratistas.

2. De igual manera, declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre durante la vigencia fiscal 2024, Si _x_ NO ___, soy declarante a título de Renta.

Manifiesto, que es mi voluntad autorizar a la Empresa de Fomento de Vivienda de Armenia para que realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas:

☐ Pro-desarrollo ■ Pro-hospital ■ Pro-cultura ■ Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

☐ Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión ■ Prestación de Servicios Profesionales

☐ Contratos de Obra ☐ Contratos de Consultoría

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

_____
Diego Esteban Torres Giraldo
C.C. 1.094.905.499

FOMVIVIENDA	Empresa de Fomento de Vivienda Armenia NIT 800.246.890-7	Codigo	EV-VE-F-010
		Version	1
		Fecha Aprobación	18/9/2020
		Pagina 1 de 1	

COPIAS DE SEGURIDAD

CONTROL DE EVIDENCIA DE COPIA DE SEGURIDAD

FECHA	17/3/2026	HORA:	10:00 a.m.	AREA:	administrativa

Yo, ***Diego Esteban Torres*** dentificado con el documento de identidad No **1.094.905499**
de ***Armenia***, certifico la entrega de los documentos soporte para dar cumplimiento de mis obligaciones contractuales con FOMVIVIENDA y correspondiente al periodo del **15/02/2026** **hasta** **14/03/2026**

NOMBRE DE CARPETA: ***Informe de Actividades #2***

NOMBRE DE ARCHIVOS DE CONTENIDO	TIPO		
	CARPETA	DOCUMENTO	IMAGEN
1. obligacion 1	X		
2. obigacion 2	X		
4. obligacion 4	X		
5. obligacion 5	X		
6. obligacion 6	x		
8. seguridad social y documentos informe	x		

ENTREGA DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO
FIRMA DE FUNCIONARIO/CONTRATISTA

RECIBE
Ing. Andrés Felipe Murillo
Contratista

EVALUACION DEL SERVICIO

CALIFICACION:	BUENO	REGULAR	MALO
SERVICIO			
ACTITUD			
OPORTUNIDAD			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094905499
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 14 49N 09 T2- 1101	TELÉFONO:	7470263
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6008075948	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		148083652

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1094905499	TORRES GIRALDO DIEGO ESTEBAN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.750.905			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109490549	$ 9.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094905499
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 14 49N 09 T2- 1101	TELÉFONO:	7470263
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:	**6008075948**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		148083652

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Planilla Pagada

Armenia, 17 de MARZO de 2026

EMPRESA DE FOMENTO DE VIVIENDA DE ARMENIA FOMVIVIENDA
NIT 800.246.890-7

DEBE A:

Al señor Diego Esteban Torres Giraldo, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.094.905.499 de Armenia.

LA SUMA DE: **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.700.000)**

POR CONCEPTO DE: Valor correspondiente a pago contrato de prestación de servicios profesionales N° 017 de 2026 cuenta número 002.

Cordialmente,

Diego Esteban Torres Giraldo
C.C. 1.094.905.499 de Armenia

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

RECIBO OFICIAL DE PAGO FÍSICO

Fecha de Expedición 2026/03/17

Recibo Nº **8352600108913**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$74.000
Total	**$74.000**
	$00
Total a Pagar	$74.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094905499
Nombre DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600108913(3900)00000000074000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	14.800.000
FECHA CONTRATO	14/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.700.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	2
VALOR BASE	3.700.000
NRO. CONTRATO	017

Contribuyente

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **8352600108913**

Fecha de Expedición 2026/03/17

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $74.000

Total **$74.000**

$00

Total a Pagar $74.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094905499
Nombre DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600108913(3900)00000000074000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO 14.800.000
FECHA CONTRATO 14/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO 3.700.000
NUMERO ORDEN DE PAGO 2
VALOR BASE 3.700.000
NRO. CONTRATO 017

Soporte trámite

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **8352600108913**

Fecha de Expedición 2026/03/17

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $74.000

Total **$74.000**

$00

Total a Pagar $74.000

Con destino a: **Empresa de fomento de vivienda de armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 1094905499
Nombre DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600108913(3900)00000000074000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO 14.800.000
FECHA CONTRATO 14/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO 3.700.000
NUMERO ORDEN DE PAGO 2
VALOR BASE 3.700.000
NRO. CONTRATO 017

Soporte Entidad

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1094905499, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DIEGO ESTEBAN TORRES GIRALDO con documento CC 1094905499, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6008075948	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	FEBRERO/2026	Periodo Cotización Salud	FEBRERO/2026
Fecha Pago	2026/03/17	Número de Autorización	148083652

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS010 - SURAMERICANA DE
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

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

Planilla Pagada
Planilla Pagada