

	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	AGUDELO VEGA					
NOMBRES	EVELYN					
CÉDULA	1.072.639.848					
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	VILLAVICENCIO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. META - VILLAVICENCIO		

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	707	VALOR TOTAL	\$	88.855.900,00	CDP	3426	RP	46926	
VIGENCIA	2.026	DESDE	9	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	4	
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 3.090.640,00

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	<b>DATOS SEGURIDAD SOCIAL</b>	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	386.300	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
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	\$ 7.726.600,00
<b>TOTALES</b>	
	\$ 7.726.600,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	46684603108

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: EVELYN AGUDELO VEGA						

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	ROBERT GABRIEL BARRETO LARA	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. META - VILLAVICENCIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	
 FIRMA: ROBERT GABRIEL BARRETO LARA						

# EVELYN AGUDELO VEGA

Consulta de pago de aportes m

empresas.miplanilla.com/Registro/ConsultaPagoAportes/ConsultaPagoAportes

Microsoft 365 OneDrive Correo SIVICO Orfeo Secop II SIF Teams Convocatorias Presentación Configuración: Priva...

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.

está afiliado a la caja de **Compensar**

**Tipo de documento\***  
CC-Cédula de Ciudadanía

**Número de documento\***  
1072639848

**Número de planilla\***  
73623569

**Valor Planilla\***  
897200

**Período de pago salud\***

**Mes\***  
Abril

**Año\***  
2026

**Fecha de pago de la planilla\***  
04/07/2026

Regresar Consultar

**Redes de Pago**  
compensar

**Fechas de Pago**  
Hoy **21 Abril 2026** pagan:  
76-81  
Ver fechas de pago

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2026
Pension	Porvenir	Abril - 2026
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Abril - 2026

Buscar

ESP LAA 3:31 p. m. 21/04/2026

VERIFICÓ: MARTHA CECILIA RAMOS MEZA 

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	i - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73623569	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$897.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	386.400	0		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 - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	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	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>897.200</b>	<b>897.200</b>



# EVELYN AGUDELO VEGA

Empresas.miplanilla.com/Registro/ConsultaPagoAportes/ConsultaPagoAportes

Microsoft 365 OneDrive Correo SIMICO Orfeo Secop II SIF Teams Convocatorias Presentación Configuración: Priva...

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.

no tiene costo!

**Tipo de documento\***  
CC-Cédula de Ciudadanía

**Número de documento\***  
1072639848

**Número de planilla\***  
61226552

**Valor Planilla\***  
897200

**Periodo de pago salud\***

**Mes\*** Marzo **Año\*** 2026 **Fecha de pago de la planilla\*** 03/19/2026

### Redes de Pago



### Fechas de Pago

Hoy 24 Marzo 2026  
pagan:

94-99

Ver fechas de pago

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2026
Pension	Porvenir	Marzo - 2026
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Marzo - 2026

Windows taskbar with search bar, system tray, and date/time: 10:39 a. m. 24/03/2026

VERIFICÓ: MARTHA CECILIA RAMOS MEZA

MDR20

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61226552	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$897.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	386.400	0		0	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 - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	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	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>897.200</b>	<b>897.200</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas#3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com
FORMA DE PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61226552	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$897.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Celular	Salario	Exempto	Clases especiales	Formulario	INTE	INTE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	LMA	LOS	LOS	LOS	LOS	INL	INL	CONSEJO	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aportes CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 1072639848	AGUDELO VEGA EVELYN	59	0		N																		230301	3.091.000	30	494.600	0	0	0	0	EPS037	3.091.000	30	386.400	14-23	3.091.000	30	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA