

|   |   |  |  |  |                  |  |
|---|---|--|--|--|------------------|--|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS  |  |  |  | PÁGINA: 1 DE 1   |  |
|   | PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA   |  |  |  | CODIGO: 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: 16/01/2022

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                 |           |             |                      |  |
|---------------------------------|--|-----------------|-----------|-------------|----------------------|--|
| APELLIDOS                       |  | FERREIRA ZULETA |           |             |                      |  |
| NOMBRES                         |  | YENNY LORENA    |           |             |                      |  |
| CÉDULA                          |  | 49 717 789      |           |             |                      |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | BOGOTÁ          | UBICACIÓN | DEPENDENCIA | SUBDIRECCIÓN GENERAL |  |

| INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO |                         |             |                   |       |        |       |       |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------|-------|--------|-------|-------|
| CONTRATO N°                      | 784                     | VALOR TOTAL | \$ 104 587 900 00 | GDP   | 9326   | RP    | 62826 |
| VIGENCIA                         | 2 026                   | DESDE       | 13 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      |       |              |  |  |

| INFORMACIÓN PARA PAGO |                       |                |   |  |    |              |
|-----------------------|-----------------------|----------------|---|--|----|--------------|
| ¿PENSIONADO?          | NO                    | NUMERO DE PAGO | 4 | BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | \$ | 3.637 840,00 |
| RÉGIMEN               | NO RESPONSABLE DE IVA |                |   |  |    |              |

|  |         |              |                               |             |
|--|---------|--------------|-------------------------------|-------------|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      | \$      | 9 094 600 00 | NUMERO DE FACTURA             |             |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    | \$      |              | BASE GRAVABLE                 | \$ -        |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | \$      | 9 094 600 00 | IVA                           | \$ -        |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                | \$      | 582 100      | <b>DATOS SEGURIDAD SOCIAL</b> |             |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (**)               | \$      | 454 700      | NOMBRE F. PENSIÓN             | PROTECCIÓN  |
| CLASIFICACION DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          | UNO (I) |              | NOMBRE EPS                    | SALUD TOTAL |
| APORTES ARL (***) MES ANTERIOR                     | \$      | 19 000       | NOMBRE ARL                    | POSITIVA    |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             | \$      |              |                               |             |

| NUMERO DE ACTIVIDADES  | 1               |
|--|-----------------|
| ACTIVIDAD  | VALOR           |
| C-1705-1100-9-10106A-17053008-02 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso a fondo al Registro de Tierras Despojadas y Aband. nadas Forzosamente | \$ 9 094 600 00 |
| <b>TOTALES</b>   |                 |
|  | \$ 9 094 600 00 |

| DATOS BANCARIOS |             |      |         |         |             |
|-----------------|-------------|------|---------|---------|-------------|
| BANCO           | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 67352908085 |

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 fueren causados.  
 (\*\*): Valor que depende del nivel de riesgo que establece 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 2002.  |  |
| 3º De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2016 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 GDEF 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 si 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 (SMMLV) 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). |  |
| <br>FIRMA: YENNY LORENA FERREIRA ZULETA  |  |

| 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 | AURA PATRICIA BOLIVAR JAIME | CARGO / ROL | SUBDIRECTORA GENERAL | DEPENDENCIA | SUBDIRECCIÓN GENERAL |
| 1  | NOMBRE |                             | CARGO / ROL |                      | DEPENDENCIA |                      |
| <br>FIRMA: AURA PATRICIA BOLIVAR JAIME  |        |                             |             |                      |             |                      |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |                                 |              |                         |
|---------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------|-------------------------|
| TIPO                | NUMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN                       | TELÉFONO     | CORREO                  |
| CC                  | 49717789          | YENNY LORENA FERREIRA ZULETA | calle 18 n 16-35 caso 33 manz D | 0000000      | yennylorenazm@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO                          | DEPARTAMENTO | CIUDAD/MUNICIPIO        |
| UNICA               | I - Independiente |                              |                                 | CUNDINAMARCA | FUNZA                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |                 |                        |                    |              |
|----------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESANO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                 | 72095221        | 09/04/2026             | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                 | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA           | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                         | I               | \$0                    | \$ 1.125.600       |              |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 8001309014 | 414.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 454.800       | 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 |
| 230211          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 582.100                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 582.100       | 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 | 88.700                 |                  |       |                        | 88.700                | 0         | 0                     | 88.700              |                            |                     | 887               | 88.700        | 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 |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar    |
| Salud                  | 1                              | 414.800                             | 414.800          |
| Pension                | 1                              | 582.100                             | 582.100          |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 88.700                              | 88.700           |
| 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>1.125.600</b>                    | <b>1.125.600</b> |





[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\*

49717789

Número de planilla\*

72095221

Valor Planilla\*

1125600

Periodo de pago salud\*

Mes\*

Marzo

Año\*

2026

Fecha de pago de la planilla\*

04/09/2026

[Regresar](#)

[Consulta](#)

Aporte\*

Planilla

Fecha

Riesgos

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

Marzo - 2026

Pension

Proteccion (ING + Proteccion)

Marzo - 2026

Salud

Salud Total EPS

Marzo - 2026

*Liseth Martinez  
23/04/2026*

Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy 23 Abril 2026 pagan: