aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85445081		RIOS LIÑAN MIGUEL DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 5a 17 82	SANTA MARTA-MAGDALENA	3205418157	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	9500687797	9500687797	I	2026/04/21	2026/03/25	BANCO DE BOGOTA	0	$635,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,189,200	$350,300			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,189,200	$350,300			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,189,200	$350,300			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
1	CC	85445081	RIOS MIGUEL	230201	30	$2,189,200	$350,300	EPS005	30	$2,189,200	$273,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,189,200	$11,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,189,200	$350,300			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85445081		RIOS LIÑAN MIGUEL DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 5a 17 82	SANTA MARTA-MAGDALENA	3205418157	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	9500687797	9500687797	I	2026/04/21	2026/03/25	BANCO DE BOGOTA	0	$635,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,300	$0	$0	$350,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$350,300	$0	$0	$350,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$273,700	$0	$0	$273,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$273,700	$0	$0	$273,700
TOTAL				**1**	**$635,500**	**$0**	**$0**	**$635,500**

INFORME MENSUAL *(Indique con una "X" en la columna de enfrente si el informe a presentar en mensual)*	**X**

INFORME FINAL *(Indique con una "X" en la columna de enfrente si el informe a presentar en final)*	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA PRINCIPAL *(únicamente dejar la modalidad de contrato que aplique)*									
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME							DD	MM	AA
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	Del 01 de marzo de 2026 hasta el 30 de marzo de 2026								
TIPO DE CONTRATO	*Prestación de Servicios Profesionales,*								
No. CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA *(únicamente dejar la modalidad de contrato que aplique)*	CD-DP-6834-2025								
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MIGUEL DAVID RÍOS LIÑÁN								
C.C. *(únicamente dejar el tipo de identificación que aplique)*	85445081								
OBJETO DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA *(únicamente dejar la modalidad de contrato que aplique)*	Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial, extrajudicial y las demás que disponga la ley en favor de los usuarios del servicio de defensoría pública; así como la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.								
ACTA DE INICIO	**SI**	x	**N/A**		**FECHA SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO**		27	06	25
FECHA DE INICIO	27	06	25	**FECHA DE TERMINACIÓN**			30	11	25
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$. 43784000				**FORMA DE PAGO**		$. 5473000		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	139325				**REGISTRO PRESUPUESTAL No.**				
Supervisión									
NOMBRE DEL SUPERVISOR	VICENTE NOGUERA LINERO								
CARGO	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y GESTION								

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	
Pago de seguridad social y riesgos laborales *(Cuando aplique indicar también parafiscales)*	
Pago aporte al sistema de salud Aporte Obligatorio.	$. 273700
Pago aporte al sistema de pensiones Aporte Obligatorio.	$. 350300
Pago aporte de ARL obligatorio.	$. 11500
Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	
CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).	*(Indicar si dio o no cumplimiento)*
Subsistema de Gestión Ambiental (SGA)	

CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión Ambiental (SGA) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SGA).	*(Indicar si dio o no cumplimiento)*

Obligaciones del Contratista	
Obligaciones	**Descripción de actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones, logros y obstáculos**
Desarrolló las actuaciones teniendo en cuenta los lineamientos y parámetros de prestación del servicio establecidos por la Dirección Nacional de Defensoría Pública.	Conforme a las obligaciones descritas en el contrato
Asistió a los turnos, como a las audiencias programadas para la prestación del servicio.	Se cumplió conforme a la programación de turnos presenciales del PAG. Y a las audiencias agendadas por los Despachos judiciales
Diligenció los formatos diseñados por la Dirección Nacional de Defensoría Pública, suministrando información oportuna, veraz y confiable.	Conforme a las obligaciones descritas en el contrato

OBSERVACIONES
(Incluir las observaciones que sean necesarias. *TENER EN CUENTA SI ES INFORME FINAL:* • *Deberá indicar en este espacio el cumplimiento a satisfacción de los servicios o el recibido a satisfacción de los elementos adquiridos.* • *Dejar constancia a la finalización del contrato y mediante inventario, los documentos de archivos físicos y electrónicos que se encuentren en equipos de cómputo, sistemas de información, medios portátiles de almacenamiento y en general en cualquier dispositivo o medio electrónico.* • *Indicar si la calificación del mismo fue: Excelente, Buena, Regular, Deficiente. Para elaborar la calificación tener en cuenta el formato definido para tal fin.*

N/A: No aplica.

Anexos: *(Adjuntar todos los soportes que se estimen pertinentes en el que se evidencie la ejecución contractual durante el periodo reportado en el presente informe)*



MIGUEL DAVID RÍOS LIÑÁN

(Nombre del Contratista)

Notas:

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MIGUEL DAVID RIOS LIÑAN identificado con CC. 85445081 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	DEFENSORIA DEL PUEBLO
Tipo y Numero de Documento	NI - 800186061

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/06/27	**Fecha inicio contrato**	2025/06/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/07/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19032026M85445081R14246489.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS