

	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	SANCHEZ BURGOS			
NOMBRES	HOLLMAN ALVEIRO			
CÉDULA	80.765.981			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	SANTA MARTA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. MAGDALENA - SANTA MARTA

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO								
CONTRATO N°	664	VALOR TOTAL	\$ 74.045.050,00	CDP	6326	RP	59826	
VIGENCIA	2.026	DESDE	14 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	NÚMERO DE PAGO	4	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.575.480,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 6.438.700,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 6.438.700,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 412.100
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 321.900
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 13.400
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$
IVA	\$
DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
NOMBRE EPS	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-9-10106A-1705009-02Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias, en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el Registro de Tierras para Despojadas y Abandonadas Forzosamente - RTDAF	100%	\$ 6.438.700,00
TOTALES	100%	\$ 6.438.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO BBVA	TIPO	AL KORROS	No. CTA	9/2063515

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	
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 2009.	
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 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.	
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 (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cobrarán 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 HOLLMAN ALVEIRO SANCHEZ BURGOS	

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	JOSÉ HUMBERTO TORRES DÍAZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. MAGDALENA - SANTA MARTA
2	NOMBRE	HERMES JAVIER BARRERA BLANCO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

FIRMA JOSÉ HUMBERTO TORRES DÍAZ

FIRMA HERMES JAVIER BARRERA BLANCO

HERMES JAVIER BARRERA BLANCO

OLIVIERO HUMBERTO TORRES DÍAZ
CUI: 1.3.6.1.4.1.23267.2.3-90049
88/99
CUI: 1.3.6.1.4.1.23267.2.2-17587
277
CUI: 1.3.6.1.4.1.23267.2.1-364
PULSAR PARA VER EL ESTADO DE LA FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	80765981	HOLLMAN ALVEIRO SANCHEZ BURGOS		Barranquilla	3106690121	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74060562	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$750.800	

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	322.000	0		0		0	6	1.400	0	323.400	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. Afiliado
25-14	Colpensiones	900336004-7	412.100	0	0	0	0	6	1.700	0	413.800	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	13.500				13.500	6	100	13.600			135	13.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	322.000	323.400
Penión	1	412.100	413.800
Riesgos Laborales	1	13.500	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	747.600	750.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80765981	HOLLMAN ALVEIRO SANCHEZ BURGOS		Barranquilla	3106690121	Srco lombiano@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NC

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74060562	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-03		2026-03	1	50	\$750.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Columna	Subtipo	Excepciones	Clases de riesgo	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clases de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 80765981	SANCHEZ BURGOS HOLLMAN ALVEIRO	59	0		N														25-14	2.575.480	30	412.100	0	0	0	0	MIN002	2.575.480	30	322.000	14-23	2.575.480	30	1	13.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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*

80765981

Número de planilla*

74060562

Valor Planilla*

750800

Periodo de pago salud*

Mes*

Año*

Fecha de pago de la planilla*

Marzo

2026

04/27/2026

[Regresar](#) [Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2026
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Marzo - 2026
Salud	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	Marzo - 2026



Handwritten note:
Vale
Paga
28/04/26

Redes de Pago



Fechas de Pago
Hoy **28 Abril** 2026 pagan:

[Ver fechas de pago](#)

Números de contacto

miplanilla.com	Compensar Salud	Caja de Compensación	Comfenalco Valle
Bogotá: 57 (1) 307 70 06	Bogotá: 57 (1) 444 12 34	Familiar Compensar	Cali: 57 (2) 8862727
Línea nacional: 01 8000 11 7006	Línea nacional: 01 8000 91 52 02	Sede Principal	Nacional: 018000 938585