

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005513507	CALLE OSORIO MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4W 37 50 JUAN 23	MONTERIA-CORDOBA	3008081681	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	226535827	9501610933	1	2026/04/06	2026/04/15	BANCO FALABELLA	2	\$790,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$432,800	\$2,700	\$0	\$435,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,200	\$100	\$0	\$14,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$338,100	\$2,100	\$0	\$340,200	
TOTAL				1	\$785,100	\$4,900	\$0	\$790,000	

Validado
 Carolina Garsch
 29 de Abril.

	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: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
APELLIDOS		CALLE OSORIO							
NOMBRES		MARIA ALEJANDRA							
CÉDULA		1.005.513.507							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		APARTADÓ	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL			DT. APARTADÓ		

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	2.644	VALOR TOTAL	\$	77.748.050,00	CDP	5526	RP	239526	
VIGENCIA	2.026	DESDE	29	ENE	2.026	HASTA	31	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		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		\$ 2.704.280,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	6.760.700,00	NÚMERO DE FACTURA	N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	6.760.700,00	IVA	\$	-
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	432.700	DATOS SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	338.000	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	14.100	NOMBRE ARL	POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-			

NÚMERO DE ACTIVIDADES	3
-----------------------	---

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02 Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante a través de la ruta individual o colectiva campesina	40,00%	\$ 2.704.280,00
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02 Radicar la demanda ante el juez de restitución de tierras.	30,00%	\$ 2.028.210,00
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02 Realizar la representación judicial de los casos de Restitución de tierras, en los cuales la víctima mediante la ruta individual o colectiva campesina, otorgan poder.	30,00%	\$ 2.028.210,00
TOTALES		
	100,00%	\$ 6.760.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO FALABELLA	TIPO	AHORROS	No. CTA	111701510063

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.						
Maria Alejandra Calle Osorio FIRMA: MARIA ALEJANDRA CALLE OSORIO						

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	JOSE ALBERTO KUNZELL JIMENEZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. APARTADÓ
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	
Firma FIRMA: JOSE ALBERTO KUNZELL JIMENEZ						
Firma FIRMA:						

MARIA ALEJANDRA CALLE marzo

ACH Colombia - SOI

Inicio - Aportes en Línea

Verificar Planilla

empresas.aportesonline.com/Autoservicio/VerificarPlanilla.aspx

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

1005513507

EPS



Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

Aceptar

Periodo de cotización (Epid)

2026 03

☐ No soy un robot

Verificar planilla

30°C Mayorm. nubla...

11:53 a. m. 29/04/2026

Validado
Carolina
Carolina

