12

	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	CAMACHO GORDILLO				
NOMBRES	ANGIE LIZETH				
CÉDULA	1.022.968.770				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	122	VALOR TOTAL	$	92.719.200,00		CDP	5126	RP	12426	
VIGENCIA	2.026	DESDE	5	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	5	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 3.090.640,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

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	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 386.300	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	COMPENSAR
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	100,00%	$ 7.726.600,00
TOTALES	100,00%	$ 7.726.600,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BBVA	TIPO	AHORROS	No. CTA	0974005049

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.

Angie C.

FIRMA: ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO

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	CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ	CARGO / ROL	JEFE DE OFICINA	DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

Claudia Marcela Pinzon M.

FIRMA: CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ

FIRMA:

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre el Sistema de Información Strategos

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022968770	ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO	Carrera 90 bis # 73a-57 interior 1a apato 503	3007660970	angiel.camachog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82876626	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$3,090,640	$975.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	494.600	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	32.300				32.300	0	0	32.300			323	32.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	61.900	0	0	61.900	1

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	32.300	32.300
CCF	1	61.900	61.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	975.200	975.200

Johana Reyes
21 Abril 2026

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022968770	ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO	Carrera 90 bis # 73a-57 interior 1a apato 503	3007660970	angiel.camachog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82876626	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$3,090,640	$975.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Soltipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	ART	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022968770	CAMACHO GORDILLO ANGIE LIZETH	59	0			N																	25-14	3,090,640	30	494,600	0	0	0	0	EPS008	3,090,640	30	386,400	14-23	3,090,640	30	2	32,300	CCF21	3,090,640	30	61,900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

Portal Empresas Portal de Independientes



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.

Redes de Pago

Banco de Occidente

Fechas de Pago

Hoy **20 Mayo** 2026 pagan:

70-75

Ver fechas de pago

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1022968770

Número de planilla*

82876626

Valor Planilla*

975200

Periodo de pago salud*

Mes*

Abril

Año*

2026

Fecha de pago de la planilla*

05/12/2026

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2026
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Abril - 2026
Cajas	Cafam Caja de Compensacion Fliar	Abril - 2026
Salud	Compensar EPS	Abril - 2026

Johana Reyes
21/5/26

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Línea nacional: 01 8000 11 7006

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Línea nacional: 01 8000 91 52 02

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Enlaces de interés

Contáctenos
Opiniones y Sugerencias
Atención personalizada
Trabaja con nosotros
Mapa del sitio

Otros enlaces

Ministerio de Salud
Protección de datos personales
Superintendencia Financiera
Mi seguridad social
Seguridad de la información

Otros servicios aliados

Compensar
Comfenalco Valle
Agencia de Empleo y emprendimiento
Compensar EPS
Comfenalco EPS

Redes sociales

Powered by Cenet · Comfenalco Valle delagente · Un producto compensar · Certicámara · VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA · icontec ISO / IEC 27001 CO-SI806+1 · icontec ISO 9001 CO-SC5882-10

2019 miplanilla.com