

	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	AGUDELO VEGA			
Nombres	EVELYN			
Cédula	1.072.639.848			
Ciudad donde presta el servicio	VILLAVICENCIO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. META - VILLAVICENCIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	707	VALOR TOTAL	\$	88.855.900,00	CDP	3426	RP	46926	
VIGENCIA	2.026	DESDE	9	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	5	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 3.090.640,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGUN CONTRATO	\$	7.726.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	7.726.600,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	494.500
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	386.300
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	16.100
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$ -
IVA	\$ -
DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1	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	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	46684603108

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, será 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.
 FIRMA: EVELYN AGUDELO VEGA

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	CARGO / ROL	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DEPENDENCIA
1	ROBERT GABRIEL BARRETO LARA	DIRECTOR TERRITORIAL	DT. META - VILLAVICENCIO	
	NOMBRE	CARGO / ROL	DEPENDENCIA	

FIRMA: ROBERT GABRIEL BARRETO LARA

FIRMA:

EVELYN AGUDELO VEGA

Consulta de pago de aportes m x +

empresas.miplanilla.com/Registro/ConsultaPagoAportes/ConsultaPagoAportes

Comunidad Microsoft 365 OneDrive Correo Orfeo SIF Presentación Configuración: Priva...

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*	Número de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía	1072639848
Número de planilla*	Valor Planilla*
80898744	897200
Periodo de pago salud*	Fecha de pago de la planilla*
Mes* Año*	
Mayo 2026	05/06/2026

Regresar Consultar

Redes de Pago



Fechas de Pago
Hoy 22 Mayo 2026
pagan:

82-87

Ver fechas de pago

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Mayo - 2026
Pension	Porvenir	Mayo - 2026
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Mayo - 2026

Windows Search Bar: Buscar ESP LAA 9:24 a. m. 22/05/2026

VERIFICÓ: MARTHA CECILIA RAMOS MEZA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80898744	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$897.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	386.400	0	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	
230301	Porvenir	800224806-8	494.600	0	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	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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
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	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.200	897.200

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80898744	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$897.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																													
No.	Typo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Colegiado	Boletín	Extranjero	Colomb. extranjero	Exonerado	ING	RET	PRE	TPR	TPP	VPP	VPT	BLN	MBE	LMA	VAC	ANP	VCT	BLI	CONEXIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN										
1	CC 1072639848	AGUDELO VEGA EVELYN		58	0		N																230301	3.091.000	30	494.600	0	0	0	0	EPS037	3.091.000	30	386.400	14-23	3.091.000	30	1	16.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

EVELYN AGUDELO VEGA

Consulta de pago de aportes m

empresas.miplanilla.com/Registro/ConsultaPagoAportes/ConsultaPagoAportes

Microsoft 365 OneDrive Correo SIMICO Orfeo Secop II SIF Teams Convocatorias Presentación Configuración: Priva...

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.

está afiliado a la caja de Compensar

Tipo de documento*
CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*
1072639848

Número de planilla*
73623569

Valor Planilla*
897200

Periodo de pago salud*

Mes*
Abril

Año*
2026

Fecha de pago de la planilla*
04/07/2026

Regresar Consultar

Redes de Pago
compensar

Fechas de Pago
Hoy **21 Abril** 2026 pagan:
76-81
Ver fechas de pago

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2026
Pension	Porvenir	Abril - 2026
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Abril - 2026

Buscar

ESP LAA 3:31 p.m. 21/04/2026

VERIFICÓ: MARTHA CECILIA RAMOS MEZA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072639648	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudelo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73623569	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$897.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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 - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

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 Segural	860011153-6	16.200				16.200	0	0	16.200			162	16.200	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
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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	386.400	386.400
Pensión	1	494.600	494.600
Riesgos Laborales	1	16.200	16.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	897.200	897.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREG
CC	1072639848	EVELYN AGUDELO VEGA	calle 5 sur # 26 26 mz 1 cas 3 casibare2	3107771434	ing.eagudeo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73623569	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	50	\$997.200	

DETALLE POR COTIZANTE																															
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Céd. AFP	IBS AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBS EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBS ARL	Días	Cotización	Código CDF	IBS CCF	Días	Aporte CCF	IBS otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 1072639848	AGUDELO VEGA EVELYN	59	0																											

PAGADA