

	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		RUIZ DIAZ							
NOMBRES		ANA FABIOLA							
CÉDULA		1.007.396.109							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		MONTERÍA		UBICACIÓN		DIRECCIÓN TERRITORIAL		DT. CÓRDOBA - MONTERÍA	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°		901		VALOR TOTAL		\$ 57.949.200,00		CDP 3126 RP 89326	
VIGENCIA		2.026		DESDE		16 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							

INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		6		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1.931.640,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 4.829.100,00		NÚMERO DE FACTURA		N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$ -	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 4.829.100,00		IVA		\$ -	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 309.100		DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 241.500		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE EPS		ASOCIACIÓN MUTUAL SER	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 10.100		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%		\$ 4.829.100,00	
TOTALES			100,00%		\$ 4.829.100,00	

DATOS BANCARIOS											
BANCO		BANCOLOMBIA		TIPO		AHORROS		No. CTA		91231463858	

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, seré 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, 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.									
Ana Ruiz FIRMA: ANA FABIOLA RUIZ DIAZ									

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	KATRIN YULIETH LACAYO MURILLO	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. CÓRDOBA - MONTERÍA
2	NOMBRE	NATALIA ANDREA FERNANDEZ ARROYAVE	CARGO / ROL	COORDINADORA	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
Katrin Yulieth Lacayo Murillo FIRMA: KATRIN YULIETH LACAYO MURILLO						
Natalia Andrea Fernandez Arroyave FIRMA: NATALIA ANDREA FERNANDEZ ARROYAVE						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1007396109
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA FABIOLA RUIZ DIAZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIENAGA DE ORO DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 13	Teléfono: 3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6019102157	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 375520389

NOVEDADES													
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
			ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO		NOMBRE			
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1		\$ 310.500
SUBTOTAL:				1		\$ 310.500
SALUD						
			ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO		NOMBRE			
8060083947	ESSC07		ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		\$ 242.600
SUBTOTAL:				1		\$ 242.600
RIESGOS PROFESIONALES						
			ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO		NOMBRE			
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 10.200
SUBTOTAL:				1		\$ 10.200

VALOR SIN MORA:	\$ 560.700
VALOR MORA:	\$ 2.600
TOTAL PAGADO:	\$ 563.300

[Firma]

C70. 901-2026



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que ANA FABIOLA con documento Cedula de Ciudadania 1007396109, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANA FABIOLA RUIZ DIAZ con documento CC 1007396109, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6019102157	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MAYO/2026	Periodo Cotización Salud	MAYO/2026
Fecha Pago	2026/06/09	Número de Autorización	375520389

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	ESSC07 - SUBS ASOC. MUT. SER
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPANIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Validado por *Uriana C. Pereira de*
Valencia Osorio
24-06-2026