

	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 ☐
16/01/2025

Fecha de aprobación:

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
APELLIDOS		ARIZA PINZON							
NOMBRES		PEDRO ARIEL							
CÉDULA		91.526.084							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		BARRANCABERMEJ A		UBICACIÓN		DIRECCIÓN TERRITORIAL		DT. MAGDALENA MEDIO - BARRANCABERMEJA	

CONTRATO N°		2.448	VALOR TOTAL		\$	37.183.850,00		CDP	6426	RP	242026	
VIGENCIA		2.026	DESDE		29	ENE	2.026	HASTA		30	JUN	2.026
TIPO DE CONTRATO		SERVICIOS PROFESIONALES										

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE		HASTA	
VALOR ADICIÓN		REDUCCIÓN		VALOR	
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE	FECHA	VALOR CESIÓN	
		CESIONARIO	DESDE		
¿SUSPENSIÓN?		DESDE		HASTA	
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA			

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	ÚLTIMO PAGO	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			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	338.000	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	SANITAS	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	14.100	NOMBRE ARL	POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-			

1			
C-1705-1100-9-10106A-1705020-02	Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante a través de la ruta individual o colectiva campesina	100,00%	\$ 6.760.700,00
TOTALES		100,00%	\$ 6.760.700,00

BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	38856365473
-------	-------------	------	---------	---------	-------------

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.

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 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.
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 porvenir 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: PEDRO ARIEL ARIZA PINZON

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	FREDY MARTIN MORA RAMIREZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. MAGDALENA MEDIO - BARRANCABERMEJA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

FIRMA:

1	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN O CANCELACIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE ENTREGA DEL FORMATO
	28/01/2026	29/01/2026	30/06/2026	30/06/2026

2	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TPD DE DOCUMENTO	Nº DE CONTRATO	VIGENCIA
	PEDRO ARIEL ARIZA PINZÓN	91.526.084	CC	2448	2026

OBJETO CONTRACTUAL

3 Prestar sus servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para desarrollar actividades operativas de implementación de la ruta de atención a terceros ocupantes, mediante la aplicación de metodologías e instrumentos técnicos para el cumplimiento de órdenes judiciales en etapa judicial, la elaboración de productos documentales especializados y la generación de reportes técnicos de seguimiento, incorporando enfoques diferenciales, psicosocial y de acción sin daño.

4	NOMBRES COMPLETOS DE LOS SUPERVISORES DEL CONTRATO	NIVEL CENTRAL / DIRECCIÓN TERRITORIAL	DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO	MOTIVO DE LA VERIFICACIÓN DOCUMENTAL
1	FREDY MARTIN MORA RAMIREZ	Nivel Territorial	Dirección Territorial Magdalena Medio (Barrancabermeja)	Terminación de contrato
2				

Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica

A) Inventario Único Documental (Formato GD-FO-05)

Nota: El formato GD-FO-05 (FUD) deberá contar con el aval del supervisor del contrato y reflejar la totalidad de los expedientes físicos y electrónicos generados durante la ejecución contractual, en cumplimiento del Acuerdo 001 de 2024 del AGN, en lo relacionado con la organización, integridad, control e inventario documental al momento de la finalización contractual. En este sentido, dicho formato deberá anexarse al presente documento como soporte de verificación.

B) Expedientes del Archivo (Préstamos)

Validar que no existan expedientes en préstamo. En caso de existir pendientes, proceder con la devolución correspondiente.

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE VERIFICA

Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA

FIRMA

FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

13716361



C) Aplica únicamente para expedientes de restitución de tierras

Entregar mediante el formato GD-FO-21 Traslado Documental, los documentos relacionados con los ID asignados de los expedientes de Restitución de Tierras a Gestión Documental.

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE VERIFICA

Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA

FIRMA

FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

13716361



D) Verificación de documentos generados por el contratista

Revisar que los documentos derivados del cumplimiento de las obligaciones contractuales se encuentren organizados y disponibles para su recepción y posterior entrega a la persona encargada para tal fin, conforme a las obligaciones y/o productos pactados. Se realizará en el marco de la supervisión del contrato.

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE VERIFICA

Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA

FIRMA

FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

13716361



E) Uso del sistema ORFEO

Depuración y/o almacenamiento de comunicaciones en el sistema ORFEO

El Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, encargado de la gestión de la información que reposa en el sistema ORFEO verifica previamente que el usuario no tenga comunicaciones oficiales pendientes por gestionar, para proceder con la inactivación.

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE VERIFICA

Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA

FIRMA

FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

13716361



Nota 1: Los documentos inicialmente clasificados como PQRSDF en ORFEO, pero luego redefinidos como generales, no serán verificados por el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, sino por el del Grupo de Gestión, Atención y Servicio a la Ciudadanía, encargado de monitorear los PQRSDF y garantizar el cumplimiento de los términos legales.

OBSERVACIONES:



FREDY MARTIN MORA RAMIREZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO



PEDRO ARIEL ARIZA PINZÓN

QUIEN ENTREGA

ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOLO EN CASO DE SUPERVISIÓN COMPARTIDA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nota 1: El presente formato tiene como finalidad constituirse en un instrumento de verificación que da soporte al ejercicio de la supervisión contractual, orientado a garantizar el adecuado cierre documental de los contratos suscritos por la entidad. En concordancia con lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007, así como las normas archivísticas vigentes de acuerdo a lo contemplado en la Ley 594 de 2000, Ley 1952 de 2019, Decreto 1080 de 2015 y el Acuerdo Único de la Función Archivística 001 de 2024. Este instrumento contribuye a mitigar riesgos asociados a la pérdida de información, inconsistencias documentales o debilidades en los procesos de auditoría y control, facilitando la trazabilidad de los soportes documentales que se generan en el marco de la ejecución contractual para fortalecer los principios de transparencia, responsabilidad y eficiencia administrativa. En consecuencia, su diligenciamiento y validación se constituyen en un requisito esencial para el cierre adecuado del contrato.

Nota 2: Los soportes documentales relacionados en el presente documento deberán corresponder a la producción generada en el marco del cumplimiento de las obligaciones contractuales, garantizando su integridad, autenticidad y trazabilidad. Estos documentos hacen parte integral del expediente contractual y deberán encontrarse debidamente organizados y disponibles, en cumplimiento de lo establecido en la GD-GU-03 Guía para la Organización de Expedientes Contractuales en cumplimiento al Procedimiento GC-PR-07 – Contratación de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo a la Gestión, particularmente en lo relacionado con la conformación del expediente, así como lo contemplado en el “Manual GC-MA-02 – Manual de Contratación, Supervisión e Inventarización”, en lo referente a las responsabilidades del supervisor en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico, y la verificación del cumplimiento en sus etapas contractual y postcontractual.

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



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que PEDRO ARIEL ARIZA PINZON con documento Cedula de Ciudadania 91526084, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) PEDRO ARIEL ARIZA PINZON con documento CC 91526084, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6019010090	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	JUNIO/2026	Periodo Cotización Salud	JUNIO/2026
Fecha Pago	2026/06/25	Número de Autorización	419528150

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

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

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



VB JULIO 15 DE 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA												
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2025	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio AÑO	INDEPENDIENTES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	PEDRO ARIEL ARIZA PINZON	ARIZA PINZON	SANTANDER	DIAS DE MORA:	0	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2026/05/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	419528190				
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 29 N 95-79	TELÉFONO:	6810448	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act								
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE	PRIVADA	UNICO												
TIPO APORTANTE:																
TIPO EMPRESA:																
FORMA DE PRESENTACIÓN:																
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICEF (REFORMA TRIBUTARIA):																
TOTAL APORTES A PERSONA																
APORTES VOLUNTARIOS																
CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 432.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 432.800	\$ 0	\$ 432.800
SUB-TOTALES:						\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 432.800	\$ 0	\$ 432.800

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD															
CODIGO	NOMBRE	No. CONTRANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL		VALOR PAGADO		
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	FLANILIA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA		DESCUENTO	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	10	\$ 0			\$ 0		\$ 339.200		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 339.200	\$ 0	\$ 0	\$ 339.200
SUB-TOTALES:														\$ 339.200	\$ 0	\$ 0	\$ 339.200

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
				INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS VALOR							
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA			\$ 0	\$ 0			\$ 14,100	\$ 14,200	\$ 0	\$ 0	\$ 14,200
SUBTOTAL:				\$ 0	\$ 0			\$ 14,100	\$ 14,200	\$ 0	\$ 0	\$ 14,200

DATOS DEL COOTANTE																		NOVEDADES										LIQUIDACION DETALLADA APORTES																PARAFISCALES											
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COOTANTE	SUBTIPO COOTANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TIC	TUP	TAP	DIA	HSP	VST	SLA	COM	DE	LVA	VIC	AVP	VCT	BP	ADMIN	IBG	COTEZACION	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBG	COTEZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBG	COTEZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBG	CENTEJO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBG	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 91520064	ANZA PRINCE POLO ANEL	INDICADOR NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.705.000		NO																		25-14 COLPENSI ONES	2.705.000	\$ 432.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 432.800	EPS S005-SANITAS SA	2.705.000			\$ 338.200	\$ 0	\$ 338.200	14-23- POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS SA	2.705.000			\$ 91526004	\$ 14.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO: \$ 785.200

Gulf Carmen Bermúdez
VB JULIO 15 DE 2026

Plasma Pagoda



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que PEDRO ARIEL ARIZA PINZON con documento Cedula de Ciudadania 91526084, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) PEDRO ARIEL ARIZA PINZON con documento CC 91526084, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6014079548	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MAYO/2026	Periodo Cotización Salud	MAYO/2026
Fecha Pago	2026/05/07	Número de Autorización	288624861

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

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

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

SOI
Planilla Pagada

501



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION	91526034	NÚMERO PLANILLA	6014079548	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	BUENAVISTA	DEPARTAMENTO	PEDRO ARIEL ARIZA PINZON ARIZA PINZON	PERSONA IDENTIFICACION	MES	PERIODO COLECCION SALUD	2028
CUENTA MUNICIPAL	CRA 29 N 90-78	TELÉFONO	SANTANDER	DÍAS DE MORA	mayo AÑO		
DIRECCIÓN	CHENDEPENIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (masivos)	2026/05/27	NÚMERO AUTORIZACION	288636917
TIPO APORTANTE	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACION	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBSF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO			

2013Q3		ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION		FSP		MORA		TOTAL		VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 432.600	EMPLOYER	COTIZANTE	SOLIDARIO	SUBSISTENCIA			APORTES	MORA	
SUBTOTAL:						\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$ 432.600	\$0	\$ 432.600

ADMINISTRADORA			TOTAL APORTES A SALUD														
CODIGO	NOMBRE	No. CONTRANTES	CAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES				
			NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COFIZACION	VALOR ADRES	COFIZACION	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPD225	EPS200-SANTAS S.A.	1		\$0		\$0		\$0	\$ 338.200		\$0	\$0	\$0	\$ 338.200	\$0	\$0	\$338.200
SUBTOTAL:									\$ 338.200					\$ 338.200	\$0	\$0	\$338.200

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD RP	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACION	TOTAL ES			VALOR PAGADO
				VALOR			VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESGUENO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	1		\$0	\$0		\$0	\$14,200	\$14,200	\$0	\$0	\$14,200
SUB TOTALES:									\$14,200	\$0	\$0	\$14,200

[illegible]

TOTAL PAGADO: \$ 785.200

Camden Brook
Mayo 29/26.