	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS	PÁGINA 1 DE 2
	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 [X] Reservada [ ] Clasificada [ ]

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	CHAVARRO ROMERO			
NOMBRES	DEISY MARITZA			
CÉDULA	1.032.437.322			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	FLORENCIA	**UBICACIÓN**	DIRECCIÓN TERRITORIAL	DT. CAQUETÁ

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	3276	**VALOR TOTAL**	$ 33.803.500,00			**CDP**	5826	**RP**	1114926		
VIGENCIA	2026	**DESDE**	10	AGO	2026	**HASTA**	31	DIC	2026		
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION										

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

INFORMACION PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	**NÚMERO DE PAGO**	1	**BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**	$ 2.704.280,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6.760.700,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6.760.700,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16.0%) (*)	$ 432.700,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12.5%) (*)	$ 338.000,00
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 14.100,00
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	$ -
IVA (19%)	$ -

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
NOMBRE EPS	SANITAS E.P.S.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1

ACTIVIDAD	**%**	**VALOR**
C-1705-1100-9-10106A-1705009-02 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias, en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el Registro de Tierras para Despojadas y Abandonadas Forzosamente - RTDAF.	100%	$ 6.760.700,00
TOTALES	100%	$ 6.760.700,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO DAVIVIENDA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	4400137180

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 40 por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.



FIRMA: DEISY MARITZA CHAVARRO ROMERO

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	UBER ARLEY LLANOS RAMIREZ	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	SUBDIRECCIÓN GENERAL
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	



FIRMA: UBER ARLEY LLANOS RAMIREZ

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	1032437322	DEISY MARITZA CHAVARRO ROMERO	CARRERA 2A # 1 - 12	3378521	ddeisychavarro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93486191	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$785.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	338.100	0		0		0	0	0	0	338.100	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	432.700	0	0	0	0	0	0		432.700	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	14.200				14.200	0	0	14.200			142	14.200	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	338.100	338.100
Pensión	1	432.700	432.700
Riesgos Laborales	1	14.200	14.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	785.000	785.000

PAGADA

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	1032437322	DEISY MARITZA CHAVARRO ROMERO	CARRERA 2A # 1 - 12	3378521	ddeisychavarro@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

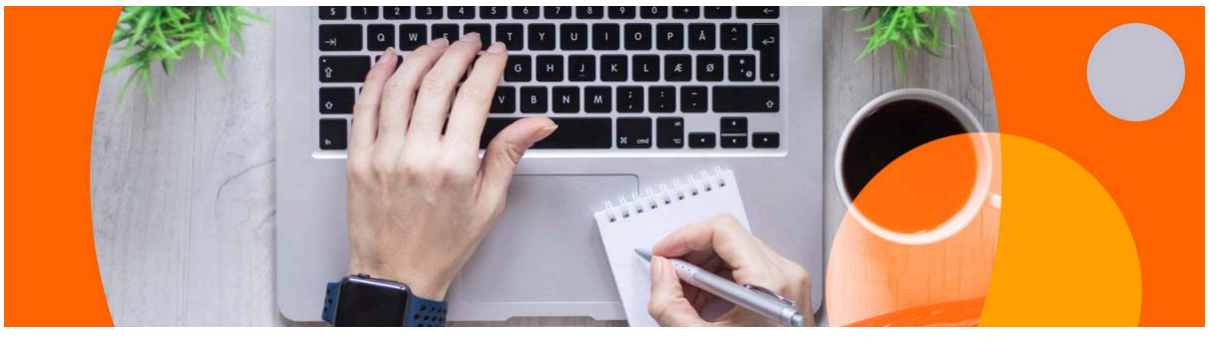
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93486191	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$785.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	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 1032437322	CHAVARRO ROMERO DEISY MARITZA	59	0			N																	25-14	2.704.280	30	432.700	0	0	0	0	EPS005	2.704.280	30	338.100	14-23	2.704.280	30	1	14.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



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.

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1032437322

Número de planilla*

93486191

Valor Planilla*

785000

Periodo de pago salud*

Mes*

Julio

Año*

2026

Fecha de pago de la planilla*

07/14/2026

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Julio - 2026
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Julio - 2026
Salud	Sanitas EPS	Julio - 2026

Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy **7 Septiembre** 2026 pagan:

22-28

Ver fechas de pago

Ayuda | Preguntas | Contacto

- Números de contacto
- Enlaces de interés
- Otros enlaces
- Otros servicios aliados
- Redes sociales

Un producto compensar

Comfenalco Valle delagente

Certicámara

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet

2019 miplanilla.com