

SERVICIO GEOLÓGICO COLOMBIANO 		FORMATO PARA PAGO A CONTRATISTA Y CERTIFICACIÓN SUPERVISIÓN SEGUIMIENTO CONTRACTUAL					VERSIÓN 5														
					Radicado No.		33092		Fecha de Radicación:		03-febrero-2025										
A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA/EJECUTOR																					
Dependencia/Grupo:		DIRECCION LABORATORIOS			Pago No:		12		Total de pagos:		12										
									Pago Final:		Enero-2025										
Nombre completo		YEIMMY KATHERINNE GRACIA			Identificación		1014191197														
Correo electrónico:		ykgracia@sgc.gov.co			¿Es usted pensionado?		NO														
Dirección de residencia:		CR 5 26 B 39 AP 1501 TO B			Municipio:		BOGOTA		Departamento:		BOGOTA D.C.										
Teléfono de Contacto:		3142070672			Tipo de régimen IVA(Tributario):		No Responsable de IVA														
Actividad Económica RUT:		8299		Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.																	
B.INFORMACIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO																					
No CONTRATO:		283-2024		Fecha de inicio:		01-feb-2024		Fecha de terminación:		31-ene-2025		Plazo de Ejecución del contrato:		11		31					
														MESES		DIAS					
¿El contrato ha tenido Cesión?		NO		Fecha inicio de Cesión:				Contratista anterior:													
Novedades del período a pagar					Fecha de terminación anticipada:																
Servicios prestados en la ciudad de:		BOGOTÁ			Fechas de suspensión		Desde				Hasta										
Actividad Económica Municipio:		Código:		8299		Nombre de la Actividad:		Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.													
C.INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y FINANCIERA DEL CONTRATO																					
Período a pagar:		Desde (DD-MM-AAAA):		01-enero-2025		Hasta (DD-MM-AAAA):		31-enero-2025													
Valor Inicial		89.877.600,00		Valor de Adición		7.489.800,00		Valor Total		97.367.400,00											
Código del proyecto		Descripción		Genera conocimiento		PGN o SGR		Uso presupuestal		Deescripción Uso		No. RP		Valor Total de RP		Valor Ejecutado previamente en el RP		Valor a aplicar en este pago		Saldo	
1001557		Caracterización de Materiales de Interés Geológico		SI		SGR		A-02-02-02-008-003-01-9		OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN		23024		89.877.600,00		82.387.800,00		0,00		7.489.800,00	
1001557		Caracterización de materiales de interés geológico		SI		SGR		A-02-02-02-008-003-01-9		OTROS SERVICIOS DE GESTIÓN, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN		31625		7.489.800,00		0,00		7.489.800,00		0,00	
														97.367.400,00		82.387.800,00		7.489.800,00		7.489.800,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO																					
Rentas de trabajo no laborales u honorarios según corresponda				7.489.800,00				Retención en la fuente del periodo				Tarifa 0.906308%				45.000,00					
Valor IVA		Factura No.		0,00				Retención IVA				Tarifa 15%				0,00					
Ingresos por comisiones				0,00				Retención ICA del periodo				Tarifa 0.966%				63.951,00					
Valor IVA Comisiones				0,00				Ciudad BOGOTÁ				NIT: 899999061-9									
				0,00				Estampilla Tarifa 0%				(:)				0,00					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO				7.489.800,00				TOTAL RETENCIONES PRESENTE PAGO								108.951,00					
TOTAL A PAGAR				7.380.849,00				TOTAL OTROS DESCUENTOS								0,00					
SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS																					
LIQUIDACIÓN DEDUCCIONES, RETENCIONES Y DESCUENTOS																					
DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS						SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS DESCUENTOS															
CONCEPTO			FECHA			VALOR			800088702 - SURA EPS - SUSALUD			374.500,00									
Renta exenta 25%						1.655.000,00			800229739 - PROTECCION S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS (PENSIÓN)			479.400,00									
Renta exenta 25%, maximo anual 790 UVTS, acumulado vigencia:						1.655.000,00			800229739 - PROTECCION S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS (FSP)			0,00									
Aportes voluntarios a cuentas AFC						0,00			860011153 - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS (I - 0.522)			15.700,00									
									1 - CCF NINGUNA (0)			0,00									
Aporte voluntario a fondo de pensiones						0,00			No. Planilla PILA o No. Radicación pago SS 83631358												
Intereses prestamo de Vivienda						0,00			Tipo de Aporte Seguridad Social Anticipada (Se encuentra afiliado a la seguridad Social)												
									Total aportes seguridad social			869.600,00									
Vr. intereses pagados						OTROS DESCUENTOS															
Dependientes hasta						0,00			EMBARGO JUDICIALES ()												
Salud (Prepagada)						0,00															
Vr. pagado año anterior			Mes						Valor Base retención en la fuente			4.965.200,00									
SUBTOTAL DESCUENTO BASE NETA						0,00			Base retención ICA			6.620.200,00									

	FORMATO PARA PAGO A CONTRATISTA Y CERTIFICACIÓN SUPERVISIÓN SEGUIMIENTO CONTRACTUAL						VERSIÓN 5	
							Código F-FIN-001	
							Página 2 de 2	
				Radicado No.	33092	Fecha de Radicación:	03-febrero-2025	
A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA/EJECUTOR								
Dependencia/Grupo:	DIRECCION LABORATORIOS		Pago No:	12	Total de pagos:	12		
					Pago Final:	Enero-2025		
Nombre completo	YEIMMY KATHERINNE GRACIA		Identificación		1014191197			
No CONTRATO:	283-2024	Fecha de inicio:	01-feb-2024	Fecha de terminación:	31-ene-2025	Plazo de Ejecución del contrato:	11 MESES	31 DIAS
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO JURAMENTO, QUE: 1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas. 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de seguridad social en salud y pensión. Los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP. Correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la base de Retención en la fuente en ningún otro contrato. 3. Toda la información aquí suministrada es verídica. 4. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. 5. La cuenta Bancaria de la cual presenté certificación para el trámite de pago es: CUENTA DE AHORROS No. 0570005870179644 BANCO DAVIVIENDA S. A.					 Firmado por: YEIMMY KATHERINNE GRACIA Contratista Fecha: 31-enero-2025			
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: - Que el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. - Que el contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades adjunto, dentro del periodo de cobro. - Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. - Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS					 Autorizado por: ANGELICA MARIA CANDELA SOTO Supervisor Fecha: 02-febrero-2025			

Responsable liquidación: Jhonathan David Duarte Molina(jdduarte) Fecha: 03-febrero-2025

Responsable verificación Tesorería: Leidy Milena Ulloa Rodríguez(lmulloa) Fecha: 04-febrero-2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014191197	YEIMMY KATHERINNE GRACIA		CR 5 # 26B - 39	3142070672	yeimmy.gracia@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83631358	\$868.900

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	366.600	0		0		0	0	0	0	366.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	469.300	0	0	0	0	0	0		469.300	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	15.400				15.400	0	0	15.400			154	15.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	17.600	0

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	366.600	366.600
Pensión	1	469.300	469.300
Riesgos Laborales	1	15.400	15.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	868.900	868.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014191197	YEIMMY KATHERINNE GRACIA		CR 5 # 26B - 39	3142070672	yeimmy.gracia@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83631358	\$868.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014191197	GRACIA YEIMMY KATHERINNE	59	0			N																		230201	2.932.740	469.300	0	0	0	0	EPS010	2.932.740	366.600	14-23	2.932.740	1	15.400	CCF24	2.932.740	17.600	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014191197	YEIMMY KATHERINNE GRACIA		CR 5 # 26B - 39	3142070672	yeimmy.gracia@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
83631358	27/01/2025				EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR					
2025-01	2025-01	N			05/02/2025	83935151	\$18.700

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	7.900	0		0		0	0	0	0	7.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	10.100	0	0	0	0	0	0		10.100	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	300				300	0	0	300			3	300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	400	0	0	400	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	7.900	7.900
Pensión	1	10.100	10.100
Riesgos Laborales	1	300	300
CCF	1	400	400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	18.700	18.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014191197	YEIMMY KATHERINNE GRACIA		CR 5 # 26B - 39	3142070672	yeimmy.gracia@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
83631358	27/01/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	N	05/02/2025	83935151	\$18.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	VAC	VAC	VCT	IBL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensonal de solidaridad	Fondo pensonal de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014191197	GRACIA YEIMMY KATHERINNE	59	0		N									X									230201	2.995.920	479.400	0	0	0	0	EPS010	2.995.920	374.500	14-23	2.995.920	1	15.700	CCF24	2.995.920	18.000	0	0	0	0	0	

PAGADA