

Clasificación de la información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	GODOY PINZON			
NOMBRES	ANDRES LEONARDO			
CÉDULA	7.170.798			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	2.276	VALOR TOTAL	\$	47.638.800,00	GDP	9625	RP	398525	
VIGENCIA	2.025	DESDE	31	MAR	2.025	HASTA	15	AGO	2.025
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES								

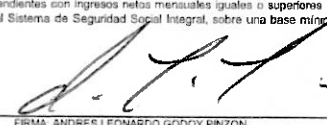
MODIFICACIONES DEL CONTRATO									
¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE				HASTA			
VALOR ADICIÓN		REDUCCIÓN				VALOR			
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE		FECHA		VALOR CESIÓN			
		CESIONARIO		DESDE					
¿SUSPENSIÓN?		DESDE				HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA							

INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	4	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			\$ 3.464.640,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	8.661.600,00	NÚMERO DE FACTURA	-
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	8.661.600,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	554.300	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	433.100	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (1)	NOMBRE EPS	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	18.100	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	-		

NÚMERO DE ACTIVIDADES		2		
ACTIVIDAD			%	VALOR
C-1705-1100-8-10106B-1705021-02Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden			65,00%	\$ 5.630.040,00
C-1705-1100-8-10106B-1705021-02Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes			35,00%	\$ 3.031.560,00
TOTALES			100,00%	\$ 8.661.600,00
DATOS BANCARIOS				
BANCO	BANCO CORFBANCA - ITAU CORFBANCA COLOMBIA S	TIPO	AHORROS	No. CTA
				626055768

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 GICEF donde se indican las fechas para redacción 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 (SMMLV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mas 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: ANDRES LEONARDO GODOY PINZON	

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	ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA


 FIRMA: ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO

 FIRMA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7170798		GODOY PINZON ANDRÉS LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 # 2A - 95 apto 304	TUNJA BOYACA	3576983	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias-Mora	Valor
Pensión	Pago	Planilla	Limite	2025/06/09	BANCO ITAU	0	\$3,060,900
2025-05	1541296645	1	2025/06/25				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
1	CC 7170798	GODOY ANDRES	25-14	30	\$10,194,640	\$1,733,200	EP-005	30	\$10,194,640	\$1,274,400		0	\$0	\$53,300	\$10,194,640		0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$10,194,640	\$1,733,200			\$10,194,640	\$1,274,400			\$0	\$53,300	\$10,194,640			\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,733,200	\$0	\$0	\$1,733,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,733,200	\$0	\$0	\$1,733,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$53,300	\$0	\$0	\$53,300
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$53,300	\$0	\$0	\$53,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,274,400	\$0	\$0	\$1,274,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,274,400	\$0	\$0	\$1,274,400
TOTAL				1	\$3,060,900	\$0	\$0	\$3,060,900

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento Número de documento
Cédula de ciudadanía **7170798**

EPS
SANITAS 

Valor aportado a EPS
1274400 

Clave de pago
9487301684 

Período de cotización (salud)
2025 **05** 



No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

