

	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		VILLA IMITOLA							
NOMBRES		OLGA							
CÉDULA		32.740.912							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		BOGOTÁ		UBICACIÓN		DEPENDENCIA		GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°		295		VALOR TOTAL		\$ 58.143.600,00		CDP 10125 RP 33625	
VIGENCIA		2.025		DESDE		15 ENE 2.025		HASTA 31 DIC 2.025	
TIPO DE CONTRATO		SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN							

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							

INFORMACION PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		11		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1.938.120,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 4.845.300,00		NÚMERO DE FACTURA					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 4.845.300,00		IVA		\$			
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 310.100		DATOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 242.300		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR			
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE EPS		SURA			
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 10.100		NOMBRE ARL		POSITIVA			
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$							

NÚMERO DE ACTIVIDADES		2				
ACTIVIDAD			%		VALOR	
C-1705-1100-6-10106B-1705021-02Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes			35,00%		\$ 1.695.855,00	
C-1705-1100-6-10106B-1705019-02Realizar la caracterización predial y planeación de la administración			65,00%		\$ 3.149.445,00	
TOTALES			100,00%		\$ 4.845.300,00	

DATOS BANCARIOS											
BANCO		BANCO DAVIVIENDA		TIPO		AHORROS		No. CTA		0570026670272116	

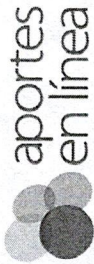
NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) 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, 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 (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.									
 FIRMA: OLGA VILLA IMITOLA									

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 MARTINEZ OSPINO		CARGO / ROL		COORDINADOR		DEPENDENCIA		GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO	
1		NOMBRE				CARGO / ROL				DEPENDENCIA			
 FIRMA: ANTONIO MARTINEZ OSPINO										 FIRMA:			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 32740912		VILLA IMITOLA OLGA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 D 22 57	SOLEDAD-ATLANTICO	3205378458	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-10	1923035377	9493408144	1	2025-10	2025/11/06	BANCO DANVIVIENDA	6	\$564,900	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$310,100	\$1,200	\$0	\$311,300
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$310,100	\$1,200	\$0	\$311,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$10,200	\$100	\$0	\$10,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$10,200	\$100	\$0	\$10,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$242,300	\$1,000	\$0	\$243,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$242,300	\$1,000	\$0	\$243,300
TOTAL					1	\$562,600	\$2,300	\$0	\$564,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
CC 32740912		VILLA IMITOLA OLGA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 D 22 57	SOLEDAD-ATLANTICO	3205378458	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago										
Pension	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2025-10	2025-10	1923035377	9493408144	I	2025/11/06	2025/11/17	BANCO DAVIVIENDA	6	\$564,900								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Codigo	Dias	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)					\$1,938,120	\$310,100			\$242,300	\$1,938,120			\$0	\$1,938,120			\$10,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,938,120	\$310,100			\$242,300	\$1,938,120			\$0	\$1,938,120			\$10,200
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,938,120	\$310,100			\$242,300	\$1,938,120			\$0	\$1,938,120			\$10,200
1	CC 32740912	VILLA OLGA	230301	30	\$1,938,120	\$310,100	EP0010	30	\$242,300	\$1,938,120		0	\$0	\$1,938,120		14-23	\$10,200
Total Afiliados (1)					\$1,938,120	\$310,100			\$242,300	\$1,938,120			\$0	\$1,938,120			\$10,200



Instructivo

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento		Número de documento
Cédula de ciudadanía	▼	32740912

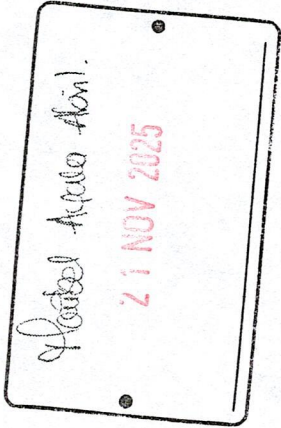
EPS	i
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	

Valor aportado a EPS	i
242300	

Clave de pago	i
9493408144	

Período de cotización (salud)	i
2025	▼ 10 ▼

Verificar planilla
Verifique la validez de un soporte de pago.

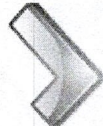


☐ No soy un robot

reCAPTCHA cambia sus Condiciones del Se [Toma medidas.](#)

reCAPTCHA Privacidad · Condiciones

Verificar planilla



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