



DATOS BÁSICOS	NOMBRE CONTRATISTA	DANIEL OCHOA PINILLA						
	DOCUMENTO IDENTIDAD	80075868	CONTRATO NRO.	217	AÑO	2025		
	SUPERVISOR(A)	Camilo Ernesto Ojeda Amaya						
	DEPENDENCIA	Dirección General						
ADICIONALES	NO. CDP	428	NO. CRP	523	CDP ADICIÓN	N/A	CRP ADICIÓN	N/A
	FECHA INICIO	20/10/2025		FECHA TERMINACIÓN	31/12/2025			
	NOMBRE CESIONARIO	N/A						
	DOCUMENTO IDENTIDAD	N/A		FECHA CESION	N/A			
	FECHA SUSPENSIÓN	N/A		FECHA REINICIO	N/A			
DATOS PARA PAGO	VALOR A PAGAR	\$ 7.782.000		NRO PAGO	2			
	PERIODO DE PAGO DEL	01/11/2025		AL	30/11/2025			
	NUMERO DE CUENTA	111700501045		TIPO	AHORROS			
	ENTIDAD FINANCIERA	BANCO FALABELLA						
	VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 18.417.400		GIROS AUTORIZADOS	\$ 2.853.400			
	SALDO POR PAGAR	\$ 7.782.000		SALDO A LIBERAR	\$ 0			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	70202		PAGOS MEDICINA PREPAGADA	NO			
	INTERESES OBLIGACIÓN HIPOTECARIA	NO		DEPENDIENTE ECONOMICO	NO			
	RESPONSABLE DE IVA	NO		NO RESPONSABLE DE IVA	SI			
	REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN (RST)	NO						
SEGURIDAD SOCIAL	PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL	OCTUBRE O NOVIEMBRE		APORTE ARL	\$ 7.500			
	APORTE SALUD	\$ 178.000		NIVEL DE RIESGO	1			
	APORTE PENSION	\$ 227.800		¿ES PENSIONADO?	NO			
FIRMAS	EL (LA) SUPERVISOR (A)				EL (LA) CONTRATISTA			
	El (la) suscrito(a) supervisor(a) certifica que el (la) contratista presentó el (los) informe(s) de ejecución y los pagos al Sistema General de Seguridad Social conforme lo establecido en la normatividad vigente, y por lo anterior autorizo el presente pago:				De acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente, manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, presentados a esta entidad contratante, corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios mencionado en el presente formato.			
								
	FIRMA				FIRMA			