

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	CAMACHO GORDILLO		
NOMBRES	ANGIE LIZETH		
CÉDULA	1.022.968.770		
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	3.234	VALOR TOTAL	\$ 49.364.700,00	CDP	2125	RP	794625
VIGENCIA	2.025	DESDE	18 JUN 2.025	HASTA	31 DIC	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			

INFORMACION PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	ÚLTIMO PAGO	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.820.840,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 7.052.100,00	NÚMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$ -	BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 7.052.100,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 451.300	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 352.600	NOMBRE F. PENSIÓN	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (1)	NOMBRE EPS	COMPENSAR
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 14.700	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1
ACTIVIDAD	VALOR
C-1799-1100-1-10106A-1789060-02Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	\$ 7.052.100,00
TOTALES	\$ 7.052.100,00
DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO BBVA
TIPO	AHORROS
No. CTA	0974005049

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

1º 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.

2º 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.

3º 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.

4º 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: ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO

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	CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ	CARGO / ROL	JEFE DE OFICINA	DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	


 FIRMA: CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ

FIRMA: _____

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022968770	ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO	Carrera 90 bis # 73a-57 interior 1a apato 503	3007660970	angiel.camachog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	04/12/2025	92102196	\$875.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	352.700	0		0		0	0	0	0	352.700	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	451.400	0	0	0	0	0	0	0	451.400	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	14.800				14.800	0	0	14.800			148	14.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF21	Cafam	860013570-3	56.500	0	0	56.500	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	352.700	352.700
Pensión	1	451.400	451.400
Riesgos Laborales	1	14.800	14.800
CCF	1	56.500	56.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	875.400	875.400

Jhonny Reyes
11 Dic 2025



[Inicio](#) / Consulta Pago de Aportes

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*		Número de documento*	
CC-Cédula de Ciudadanía		1022968770	
Número de planilla*		Valor Planilla*	
92102196		875400	
Periodo de pago salud*		Fecha de pago de la planilla*	
Mes*	Año*		
Noviembre	2025	12/04/2025	

[Regresar](#) [Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Noviembre - 2025
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Noviembre - 2025
Cajas	Cafam Caja de Compensacion Fliar	Noviembre - 2025
Salud	Compensar EPS	Noviembre - 2025



Ichona Reyes
11 Dic 2025

Redes de Pago



Fechas de Pago

Hoy **11 Diciembre** 2025 pagan:

50-56

[Ver fechas de pago](#)

[Ayuda](#)

[Preguntas](#)

[Contacto](#)

Números de contacto

miplanilla.com
Bogotá: 57 (1) 307 70 06
Linea nacional: 01 8000 11 7006

Compensar Salud
Bogotá: 57 (1) 444 12 34
Linea nacional: 01 8000 91 52 02

Caja de Compensación
Familiar Compensar
Sede Principal

Comfenalco Valle
Cali: 57 (2) 8862727
Nacional: 018000 938585

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 06/12/2024

Si usted copia o imprime este documento, la URT lo considerará como copia No Controlada y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre la Intranet.

1	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	X	FECHA DE ENTREGA	12/12/2025
2	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA 1.022.968.770	N° DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas) 3234-2025	FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VINCULO LEGAL Y REGLAMENTARIO 31/12/2025	
3	NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO CLAUDIA MARCELA PINZÓN MARTÍNEZ	DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO Oficina de Control Interno	NIVEL CENTRAL / DIRECCIÓN TERRITORIAL Nivel Central	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN Terminación de contrato	

Es responsabilidad del Jefe inmediato y/o Supervisor de contrato recibir las credenciales y accesos a los sistemas de información que presentan las siguientes características:

1. Los Sistemas de Información son propiedad de la Unidad y son administrados por dependencias como la Oficina de Tecnologías de la Información, Grupo de Gestión Económica y Financiera, Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano, Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa, Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, Grupo de Gestión de Atención y Servicio a la Ciudadanía, Oficina Asesora de Comunicaciones, Oficina Asesora de Planeación, Grupo de Gestión en Prevención, Protección y Seguridad, entre otros.
2. Los Sistemas de Información que no son propiedad de la Unidad, pero deben ser accedidos para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública)

OK

4	POR FAVOR DILIGENCIAR Y HACER FIRMAR ESTE FORMATO EN EL SIGUIENTE ORDEN: 1. Grupo de Gestión Económica y Financiera 3. Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica 4. Oficina de Tecnologías de la Información 5. Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa 6. Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (solo aplica para funcionarios)				
4.1	Grupo de Gestión Económica y Financiera Usuario SIF - Marcar en las siguientes casillas sí o no (si aplica diligencie este espacio o de lo contrario continúe con la siguiente sección)	SI	NO	X	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA N° CÉDULA DE CIUDADANÍA FIRMA
Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica A) Inventario Único Documental (Formato GD-FO-05) Nota: El formato GD-FO-05 deberá tener aval del supervisor del contrato y/o jefe inmediato y deberá contener los expedientes físicos en archivos tradicionales, como los documentos electrónicos que se encuentren en su equipo de cómputo.					
B) Expedientes del Archivo (Préstamos) Nota: La verificación la realizará el Gestor Documental y/o servidor que haga sus veces de cada sede y registrará su firma solo si evidencia que no se tienen expedientes en préstamo o se realizó la respectiva devolución.					
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA: <i>Oliverio Ome G.</i> N° CÉDULA DE CIUDADANÍA: <i>17638268</i> FIRMA: <i>[Firma]</i>					
C) Aplica únicamente para expedientes de restitución de tierras Entrega mediante el formato GD-FO-21 Traslado Documental, los documentos relacionados con los ID asignados de los expedientes de Restitución de Tierras a Gestión Documental. Nota: el profesional misional durante la vigencia del contrato o su desvinculación en la unidad, entrega todos los documentos producidos y recibidos en virtud de la asignación de casos de ID.					
4.2	Verificación documentos generados por el servidor público Nota: Se verificará por parte del jefe inmediato o supervisors del contrato, que en el puesto de trabajo del servidor público no quedaron documentos pendientes por entregar al Archivo.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA N° CÉDULA DE CIUDADANÍA FIRMA			
D) Usuario sistema ORFEO Depuración y/o almacenamiento de comunicaciones en el sistema ORFEO Nota 1. El Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica encargado de la gestión de la información que reposa en el sistema ORFEO verifica previamente que el usuario no tenga comunicaciones oficiales pendientes por gestionar, para proceder con la inactivación. Nota 2: Los documentos inicialmente clasificados como PQRSDF en ORFEO, pero luego redefinidos como generales, no serán verificados por el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, sino por el del Grupo de Gestión, Atención y Servicio a la Ciudadanía, encargado de monitorear las PQRSDF y garantizar el cumplimiento de los términos legales.					
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA: <i>JURGEN TORRES G.</i> N° CÉDULA DE CIUDADANÍA: <i>1016033083</i> FIRMA: <i>[Firma]</i>					

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 06/12/2024

Oficina de Tecnologías de la Información

Para los Sistemas de Información que no son propiedad de la UAEGRTD, pero a los cuales se debe acceder para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública), es responsabilidad del Jefe y/o Supervisor recibir las credenciales e informar la novedad a las entidades solicitando el cambio de usuario y contraseña según el procedimiento establecido por cada entidad.

Nota: Las solicitudes de activación de credenciales, para los colaboradores que finalizan su contrato y continuarán prestando sus servicios a la UAEGRTD, serán solicitadas por cada dependencia o territorial masivamente, a través de la creación de un solo GLPI y adjuntando un único formato GT-FO-14, por lo tanto, no se genera trámite en este formulario.

LOS SIGUIENTES NUMERALES SOLO APLICAN SI EL SERVIDOR PÚBLICO NO CONTINUA VINCULADO A LA ENTIDAD

4.3	A) Respaldo de Información	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	
	Nota: La verificación la realizará el propietario del activo de información (Supervisor, Director, Jefe, Coordinador), quien deberá garantizar que la información de los entregables y/o responsabilidades que hacen parte del desarrollo de las actividades del contratista, se encuentra ubicada en las carpetas compartidas dispuestas para tal fin.	Claudia Marcela Pinzón M.	53077880	Claudia Marcela Pinzón M.	
	B) Desactivación de credenciales	# SOLICITUD GLPI	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	Nota: El supervisor o jefe inmediato o sus delegados, deberán solicitar la desactivación de las credenciales del colaborador, a través de GLPI, anexando el formato GT-FO-14 Gestión de Credenciales	155524	Cristian A Vega Lara	1030507516	[Firma]

Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa

A continuación, debe mencionar todos los bienes devolutivos que tenga a su cargo; si requiere más filas por agrupación las mismas pueden ser incluidas.

BIENES DEVOLUTIVOS

ÍTEMS	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	SERIE	PLACA	MARCA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN		OBSERVACIONES
						SI	NO	
Muebles y enseres								
Equipo de comunicación								
Equipos y máquina de oficina								
Equipos de computación								
Equipos de restaurante y cafetería								
Planta de generación								
Equipos de Geoposicionamiento								
Equipos de seguridad								

OTROS ELEMENTOS

Liaves de escritorio	SI	NO	X	Tarjeta de acceso	SI	NO	X	Observaciones

Nota:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
En caso de que el servidor público no haga devolución completa de los bienes asignados, este formato en lo que corresponde al ítem 4.4 no será firmado por parte del Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa	Milton Mejías Saldarriá	107942966	[Firma]

4.5	Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (espacio solo para funcionarios)	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	Entrega de carné para funcionarios de planta			
	Entrega de chaleco brigadista			

4.6	Entrega de carné (espacio solo para contratistas)	NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	Entrega carné al supervisor	CLAUDIA MARCELA PINZÓN MARTÍNEZ	53077880	Claudia Marcela Pinzón M.

OBSERVACIONES:

Teniendo en cuenta que la Dra. Claudia Marcela Pinzón Martínez, jefe de la Oficina de Control Interno, fungió como supervisora del contrato durante el 2025, se realiza la suscripción del presente formato el 12 de diciembre de 2025, para efecto de todos los trámites contractuales, dado que a partir del 13 de diciembre inicia su periodo de vacaciones. Si bien se firma en dicha fecha, el contratista realizará la actualización y entrega de la información actualizada en el repositorio destinado para ello, al 30 de diciembre de 2025, lo cual será objeto de seguimiento.

5	<p><u>Claudia Marcela Pinzón M.</u> ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO CLAUDIA MARCELA PINZÓN MARTÍNEZ</p> <p><u>Angie C.</u> ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO QUIEN ENTREGA</p> <p>ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO SOLO EN CASO DE SUPERVISIÓN COMPARTIDA JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------