

	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							

INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		ÚLTIMO PAGO		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									
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, seré 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: 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 MITOLA OLGA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 D 22 57	SOLEDAD-ATLANTICO	3205378458	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1994737107	9494897504	1	2025/12/03	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	7	\$565,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$310,100	\$1,400	\$0	\$311,500
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$310,100	\$1,400	\$0	\$311,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$10,200	\$100	\$0	\$10,300
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$10,200	\$100	\$0	\$10,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$242,300	\$1,100	\$0	\$243,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$242,300	\$1,100	\$0	\$243,400
TOTAL					1	\$562,600	\$2,600	\$0	\$565,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1994737107	9494897504	I	2025/12/03	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	7	\$565,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	Aporte
Sucursals:PRINCIPAL(1 Afiliados)						\$1,938,120	\$310,100			\$1,938,120	\$242,300			\$0			\$1,938,120	\$10,200		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,938,120	\$310,100			\$1,938,120	\$242,300			\$0			\$1,938,120	\$10,200		\$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						\$1,938,120	\$310,100			\$1,938,120	\$242,300			\$0			\$1,938,120	\$10,200		\$0
1	CC 31740912	VILLA OLGA	230301	30	\$1,938,120	\$310,100	EPS010	30		\$1,938,120	\$242,300	0		\$0		14-23	\$1,938,120	\$10,200	0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,938,120	\$310,100			\$1,938,120	\$242,300			\$0			\$1,938,120	\$10,200		\$0



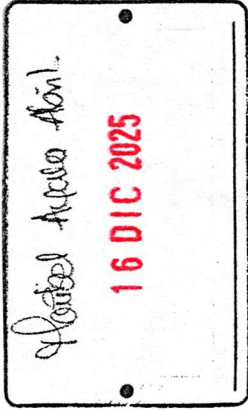
Instructivo

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	32740912
EPS	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	
Valor aportado a EPS	
242300	
Clave de pago	
9494897504	
Periodo de cotización (salud)	
2025	11

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.



Verificar planilla



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

Clasificación de la Información: Pública ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

Oficina de Tecnologías de la Información

Para los Sistemas de Información que no son propiedad de la UNEGRTD, 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 continúan prestando sus servicios a la UNEGRTD, 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.

4.3 A) Respaldo de Información

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 encuentre ubicada en las carpetas compartidas dispuestas para tal fin.

B) Desactivación de credenciales

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

LOS SIGUIENTES NUMERALES SOLO APLICAN SI EL SERVIDOR PÚBLICO NO CONTINÚA VINCULADO A LA ENTIDAD		NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CEDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
		ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO	73214385	
# SOLICITUD GLPI	154500	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CEDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
			79626045	

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								NO CUENTO CON NINGUN BIEN ASIGNADO	
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									

Nota: En caso de que el servidor publico 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

4.4 Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (espacio solo para funcionarios)

Entrega de carné para funcionarios de planta										
Entrega de chaleco brigadista	SI					SI	NO	N/A		
						NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA		Nº CEDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA

4.5 Entrega de carné para funcionarios de planta

Entrega de carné al supervisor										
Entrega carné al supervisor	SI					SI	NO			
						NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR		Nº CEDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA

OBSERVACIONES:

ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO

OLGA VILLALÓN
QUEJEN ENTREGA

ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO SOLO EN CASO DE SUPERVISION COMPARTIDA
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO