

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APellidos	SUAREZ HURTADO			
Nombres	WILLIAM ALEXANDER			
Cédula	1.049.615.846			
Ciudad donde presta el servicio	BOGOTÁ	Ubicación	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO						
CONTRATO N°	3.817	VALOR TOTAL	\$ 32.194.000,00	CDP	9625	RP 1156125
VIGENCIA	2.025	DESDE	19 AGO 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				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	ÚLTIMO PAGO	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.575.520,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				


VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 6.438.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 6.438.800,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 412.100
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 321.900
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 13.400
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$ -
IVA	\$ -

DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	COMPENSAR
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	
1	
ACTIVIDAD	VALOR
C-1705-1100-6-10106B-1705021-02 Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes	\$ 6.438.800,00
TOTALES	100,00% \$ 6.438.800,00
DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO BCSC
TIPO	AHORROS
No. CTA	24141696757

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, seré 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: WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HURTADO	

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

FIRMA: ANTONIO AGUSTÍN MARTINEZ OSPINO

FIRMA:

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049615846	WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HURTADO	cra 4 # 22	0000000	williansuarezh@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
91099486	04/11/2025					
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	N	10/11/2025	91344283	826.100	

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	325.000	0					0	0	0	325.000	1

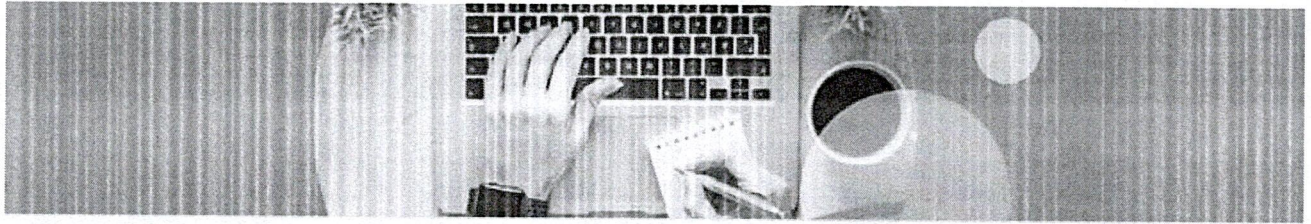
TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

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	960011153-8	27.100			27.100	0	0	27.100	27.100			271	27.100	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados

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	325.000	325.000
Pensión	1	474.000	474.000
Riesgos Laborales	1	27.100	27.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.100	826.100



Inicio [Consulta Pago de Aportes](#)

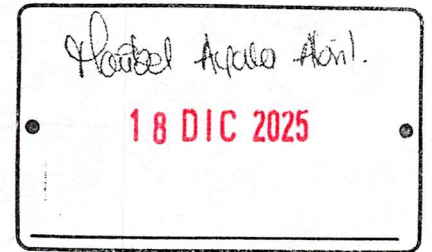
Consulta Pago de Aportes

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		1049615846	
Número de planilla*		Valor Planilla*	
91099486		945500	
Periodo de pago salud*			
Mes*	Año*	Fecha de pago de la planilla*	
Noviembre	2025	11/04/2025	

[Regresar](#)

[Consultar](#)



Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Noviembre - 2025
Pension	Porvenir	Noviembre - 2025
Salud	Compensar EPS	Noviembre - 2025



Redes de Pago

Fechas de Pago
Hoy 17 Diciembre 2025 pagan:



76-81

[Ver fechas de pago](#)

[Ayuda ?](#)

[Preguntas ?](#)

[Contacto](#)

Números de contacto

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

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

Caja de Compensación Familiar Compensar
Sede Principal
Av. 68 #49A - 47, Bogotá D.C.
Bogotá: 57 (1) 307 70 01
Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

[Enlaces de Interés](#)

[Otros enlaces](#)

[Otros servicios allados](#)

[Redes sociales](#)

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS
 PROCESO: GESTIÓN LOGÍSTICA Y DE RECURSOS FÍSICOS
 DEVOLUCIÓN DE BIENES Y OTROS ELEMENTOS

PÁGINA:
 CÓDIGO: GL-FO-25
 VERSIÓN: 7

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	<table border="1"> <tr> <th>FUNCIONARIO</th> <th>CONTRATISTA</th> <th>X</th> <th>FECHA DE ENTREGA</th> <th>30/12/2025</th> </tr> </table>	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	X	FECHA DE ENTREGA	30/12/2025			
FUNCIONARIO	CONTRATISTA	X	FECHA DE ENTREGA	30/12/2025					
2	<table border="1"> <tr> <th>NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA</th> <th>N° CÉDULA DE CIUDADANÍA</th> <th>N° DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas)</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VINCULO</th> </tr> <tr> <td>WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HURTADO</td> <td>1.049.615.846</td> <td>3817</td> <td>31/12/2025</td> </tr> </table>	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	N° DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas)	FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VINCULO	WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HURTADO	1.049.615.846	3817	31/12/2025
NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	N° DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas)	FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VINCULO						
WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HURTADO	1.049.615.846	3817	31/12/2025						
3	<table border="1"> <tr> <th>NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO</th> <th>DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO</th> <th>NIVEL CENTRAL / DIRECCION TERRITORIAL</th> <th>MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN</th> </tr> <tr> <td>Antonio Agustin Martinez Ospino</td> <td>GFRIT</td> <td>NIVEL CENTRAL</td> <td>Terminación de contrato</td> </tr> </table>	NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO	DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO	NIVEL CENTRAL / DIRECCION TERRITORIAL	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN	Antonio Agustin Martinez Ospino	GFRIT	NIVEL CENTRAL	Terminación de contrato
NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO	DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO	NIVEL CENTRAL / DIRECCION TERRITORIAL	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN						
Antonio Agustin Martinez Ospino	GFRIT	NIVEL CENTRAL	Terminación de contrato						

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 Seguimiento y Operación Administrativa, Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, Grupo 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)

4	<p>FOR FAVOR DILIGENCIAR Y HACER FIRMAR ESTE FORMATO EN EL SIGUIENTE ORDEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> Grupo de Gestión Económica y Financiera Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica Oficina de Tecnologías de la Información Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (solo aplica para funcionarios) Grupo de Gestión Económica y Financiera <p>Usuario SIF - Marcar en las siguientes casillas si o no (si aplica diligencie este espacio o de lo contrario continúe con la siguiente sección)</p> <p>Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica</p> <table border="1"> <tr> <th>NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA</th> <th>N° CÉDULA DE CIUDADANÍA</th> <th>FIRMA</th> </tr> <tr> <td>Sandoz Pocio Ramirez Sem</td> <td>02804136</td> <td><i>Sandoz Pocio Ramirez Sem</i></td> </tr> </table>	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	Sandoz Pocio Ramirez Sem	02804136	<i>Sandoz Pocio Ramirez Sem</i>
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA					
Sandoz Pocio Ramirez Sem	02804136	<i>Sandoz Pocio Ramirez Sem</i>					
4.1	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>C) Aplica únicamente para expedientes de restitución de tierras</p> <p>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.</p>						
4.2	<p>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.</p> <p>D) Usuario sistema ORFEO</p> <p>Depuración y/o almacenamiento de comunicaciones en el sistema ORFEO</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <table border="1"> <tr> <th>NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA</th> <th>N° CÉDULA DE CIUDADANÍA</th> <th>FIRMA</th> </tr> <tr> <td><i>Elisab Hernandez</i></td> <td>1020224162</td> <td><i>Elisab Hernandez</i></td> </tr> </table>	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	<i>Elisab Hernandez</i>	1020224162	<i>Elisab Hernandez</i>
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA					
<i>Elisab Hernandez</i>	1020224162	<i>Elisab Hernandez</i>					

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.

4.3 A) Respaldo de Información LOS SIGUIENTES NUMERALES SOLO APLICAN SI EL SERVIDOR PÚBLICO NO CONTINUA VINCULADO A LA ENTIDAD

Nota: La verificación la realizará el propietario del archivo 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.

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

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.

ITEMS	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	BIENES DEVOLUTIVOS		PLACA	MARCA	RECEBIDO A SATESECCIÓN	OBSERVACIONES
			SÍ	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								
Observaciones								
			NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA		N° CEDULA DE CIUDADANIA		FIRMA	
			NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA		N° CEDULA DE CIUDADANIA		FIRMA	

Nota: 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

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

Entrega de carné para funcionarios de planta

SÍ	NO	SÍ	NO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4.6 (Entrega de carné (espacio solo para contratistas))

Entrega carné al supervisor

SÍ	NO	NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR	N° CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OBSERVACIONES:

ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO
 JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO

WILLIAM ALEXANDER SUAREZ HUERTADO
 QUIEN ENTREGA

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