

Clasificación de la Información Pública  Reservada  Clasificada

Fecha de aprobación: 18/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	POLINDARA VELASCO			
NOMBRES	JIMMY JEOVANY			
CÉDULA	76.327.577			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	CALI	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y TERRITORIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	2.757	VALOR TOTAL	\$	33.803.250,00	CDP	10826	RP	248426	
VIGENCIA	2.026	DESDE	29	ENE	2.026	HASTA	31	AGO	2.026
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES								

MODIFICACIONES DEL CONTRATO									
¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?									
VALOR ADICIÓN		DESDE		REDUCCIÓN		HASTA			
VALOR ADICIÓN		DESDE		REDUCCIÓN		VALOR			
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE	FECHA		VALOR CESIÓN				
		CESIONARIO	DESDE						
¿SUSPENSIÓN?									
		DESDE		HASTA					
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?									
		DESDE		HASTA					

INFORMACIÓN PARA PAGO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	2		
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 1.880.000,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	4.507.100,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	4.507.100,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	300.800	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	235.000	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (1)		NOMBRE EPS	S O SEPS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	9.800	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$	227.800		

NÚMERO DE ACTIVIDADES		
2		
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar el aletamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes	50,00%	\$ 2.253.550,00
C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar el aletamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes	50,00%	\$ 2.253.550,00
TOTALES		100,00% \$ 4.507.100,00
DATOS BANCARIOS		
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO
		AHORROS
		No. CTA
		196000901104

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**

1ª Anexa 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.

2ª En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos aporte 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.

3ª 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.

4ª De acuerdo con el artículo 69 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 JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO

**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-16 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 MARTÍNEZ OSPINO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA ANTONIO AGUSTÍN MARTÍNEZ OSPINO

FIRMA





RAZÓN SOCIAL :	JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO
IDENTIFICACIÓN:	CC-76327577
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2026-02-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-18
FECHA DE PAGO:	2026-02-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	8640190508
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8640190508
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.100	\$ 16.100
Subtotal Salud		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.100	\$ 16.100
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 20.600	\$ 20.600
Subtotal Pensión		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 20.600	\$ 20.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 700
Subtotal ARL		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 700
CCF14	891500782	COMFACAUCA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 2.500
Subtotal CCF		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 2.500
PASENA	899999034	SENA	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAICBF	89899239	ICBF	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
<b>Total a pagar</b>				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 39.900	\$ 39.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

18/03/2026





CONSTANCIA DE PAGO  
Período Pensión: 2026-01  
Período Salud : 2026-01

Se certifica que en la fecha 2026-02-03 la empresa JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO con documento de identificación CC 76327577 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante POLINDARA VELASCO JIMMY JEOVANY identificado con CC-76327577, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-76327577		JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
36215276	I	2026-02-03	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30
CCF	891500182	CCF14	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA	30

*Maudlin Pstmy /*  
*3/3/26*



CONSTANCIA DE PAGO  
Período Pensión: 2026-01  
Período Salud : 2026-01

Se certifica que en la fecha 2026-02-18 la empresa JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO con documento de identificación CC 76327577 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante POLINDARA VELASCO JIMMY JEOVANY identificado con CC-76327577, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-76327577		JIMMY JEOVANY POLINDARA VELASCO		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8640190508	N	2026-02-18	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30
CCF	891500182	CCF14	Caja de Compensacion Familiar del Cauca COMFACAUCA	30