

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 RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y TERRITORIO			

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	250	VALOR TOTAL	\$ 61.050.000,00	CDP	10426	RP	23526
VIGENCIA	2.026	DESDE	6 ENE 2.026	HASTA	31	DIC	2.026
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	4	BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 2.035.000,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 5.087.500,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 5.087.500,00
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 325.600
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 254.400
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 10.600
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$

NÚMERO DE FACTURA	
BASE GRAVABLE	\$
IVA	\$

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	SURA
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	2	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-6-10106B-1705021-02 Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes	50,00%	\$ 2.543.750,00
C-1705-1100-6-10106B-1705021-02 Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden	50,00%	\$ 2.543.750,00
TOTALES	100,00%	\$ 5.087.500,00
DATOS BANCARIOS		
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO
		AHORROS
		No. CTA
		026670272116

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: OLGA VILLA IMITOLA

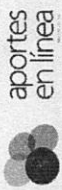
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 AGUSTIN MARTINEZ OSPINO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO

FIRMA



Planilla Resumen

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$325,600	\$700	\$0	\$326,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$325,600	\$700	\$0	\$326,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,700	\$100	\$0	\$10,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,700	\$100	\$0	\$10,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$254,400	\$600	\$0	\$255,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$254,400	\$600	\$0	\$255,000
TOTAL				1	\$590,700	\$1,400	\$0	\$592,100

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a salud.

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

32740912

EPS

EPS SURA (ANTES SUSALUD)

Valor aportado a EPS

254400

Clave de pago

9501697880

Período de cotización (salud)

2026

2026

No soy un robot
Este sitio está protegido por Google reCAPTCHA.

Verificar planilla

Verificar planilla



Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresp registrado en nuestro sistema.

¿Tienes otro tipo de solicitud?
Selecciona la opción que más se ajuste a ti

Aceptar

Liquidar y pagar tu planilla

Certificado de aportes

Soporte de pago

Verificar la validez de una planilla

Pago electrónico - PSE

