	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	SALCEDO ZEA			
Nombres	HENRY DAVID			
Cédula	1.030.645.593			
Ciudad donde presta el servicio	BOGOTÁ	Ubicación	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	505	VALOR TOTAL	\$	70.825.700,00	CDP	10426	RP	31926	
VIGENCIA	2.026	DESDE	8	ENE	2.026	HASTA	30	NOV	2.026
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	4
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
			\$ 2.575.480,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	6.438.700,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	\$	-	BASE GRAVABLE	\$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	6.438.700,00	IVA	\$
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	412.100	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	321.900	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)	NOMBRE EPS	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	13.400	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$			

NÚMERO DE ACTIVIDADES	2	
ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes	50,00%	\$ 3.219.350,00
C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden	50,00%	\$ 3.219.350,00
TOTALES		100,00% \$ 6.438.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	23715923351

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: HENRY DAVID SALCEDO ZEA

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 RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO

FIRMA:

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION
CC	1030645593	HENRY DAVID SALCEDO ZEA	cra 87 J bis # 58 c 28 sur
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.
		CORREO	CIUDAD / MUNICIPIO
		hdsz_26@hotmail.com	BOGOTÁ, D.C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)
		764340197	20/04/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
2026-03	2026-03	1	\$0
			TOTAL A PAGAR
			\$747.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Santas EPS	800251440-6	322.000

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230301	Penvenir	800224808-8	412.100

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	860011534-6	13.500

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NIT	

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
		SENA	
		ICBF	
		ESAP	
		MEN	

Licencia Maternidad	Incapacidades		Dias Mora	Valor Mora UPIC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor				
	0	0	0	0	322.000	1

Aporte FSP - Subistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Total a Pagar	No. Afiliados

Subtotal Cotización	Valor Mora Cotización	Dias Mora	Valor Neto Cotización	Aportes Otros Sistemas	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	322.000	322.000
Pension	1	412.100	412.100
Riesgos Laborales	1	13.500	13.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	747.600	747.600



[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*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1030645593

Número de planilla*

76434097

Valor Planilla*

747600

Periodo de pago salud*

Mes*

Marzo

Año*

2026

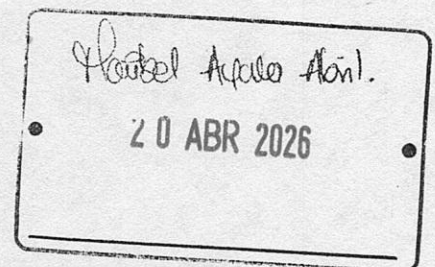
Fecha de pago de la planilla*

04/20/2026

[Regresar](#)

[Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2026
Pension	Porvenir	Marzo - 2026
Salud	Sanitas EPS	Marzo - 2026



Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy **20 Abril** 2026 pagan: