

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
APellidos	OVALLE JIMENEZ		
Nombres	CLARA CONSUELO		
Cédula	51.730.962		
Ciudad donde presta el servicio	BOGOTÁ	Ubicación	DEPENDENCIA
GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO			

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO							
CONTRATO N°	715	VALOR TOTAL	\$ 67.285.600,00	CDP	10426	RP	41526
VIGENCIA	2.026	DESDE	9 ENE 2.026	HASTA	31 AGO	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						

INFORMACIÓN PARA PAGO			
¿PENSIONADO?	SI	NÚMERO DE PAGO	4
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
			\$ 3.364.280,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 8.410.700,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	\$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 8.410.700,00	IVA	\$
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ -	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (**)	\$ 420.500	NOMBRE F. PENSIÓN	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 17.600	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%	\$ 4.205.350,00
		C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden	50,00%	\$ 4.205.350,00
TOTALES			100,00%	\$ 8.410.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	No. CTA	001970075097

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.

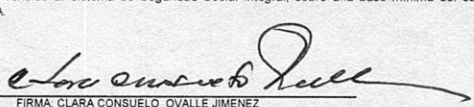
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

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: CLARA CONSUELO OVALLE JIMENEZ

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 GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Exonerado SENA e ICBF
CC 51730962		OVALLE JIMENEZ CLARA CONSUELO	No
Clase Aportante		Dirección	Exonerado SENA e ICBF
INDEPENDIENTE		CRA 72B # 6D 73 INT 78 AGRU G	No
Tipo		Ciudad-Departamento	
Planilla		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	
Clave		Pago	
Periodo	Planilla	Banco	Valor
2026-03	9501090305		\$438,300
Clave		Fecha	
Periodo	Planilla	Pago	
2026-03	9501090305	2026/03/05	
Clave		Banco	Valor
Periodo	Planilla	Pago	
2026-03	9501090305	2026/04/16	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$3,365,000	\$420,700			\$0	\$0			\$3,365,000	\$17,600			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$3,365,000	\$420,700			\$0	\$0			\$3,365,000	\$17,600			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$0			(52,000,000)	(520,000)		0	(52,000,000)	(520,000)		14-23	30	(510,500)	(510,500)		0	50	50
1	CC 51730962	OVALLE CLARA		0		\$0	EP5005	30	(52,000,000)	(520,000)		0	(52,000,000)	(520,000)		14-23	30	(510,500)	(510,500)		0	50	50
2	CC 51730962	OVALLE CLARA		0		\$0	EP5005	30	55,365,000	5470,700		0	55,365,000	5470,700		14-23	30	528,100	528,100		0	50	50
Total	Afiliados(1)					\$0			\$3,365,000	\$420,700			\$0	\$0			\$3,365,000	\$17,600			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 51730962		OVALLE JIMENEZ CLARA CONSUELO	INDEPENDIENTE
Exonerado SENA e ICBF		Telefono	3203473571
No		Exonerado SENA e ICBF	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Período		Clave	
Pensión	Salud	Planilla	Tipo
2026-03	2026-03	9501090305	N
Sucursal Principal		Fecha	
PRINCIPAL		2026/04/16	Limite
Direccion		Pago	
CRA 728 # 60 73 INT 78 AGRU G		2026/03/05	
Ciudad-Departamento		Banco	
BOGOTA-BOGOTA D.E.		BANCO DAVIVIENDA	
Dias Mora		Valor	
0		5438,300	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$420,700	\$0	\$0	\$420,700
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$420,700	\$0	\$0	\$420,700
TOTAL				1	\$438,300	\$0	\$0	\$438,300

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

116419900

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9501090305

Fecha

05/03/2026

Número de aprobación

00419900

Dirección IP

181.53.10.140

Valor transacción

\$ 438.300,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

181.53.10.140

Referencia 2

CC

Referencia 3

51730962

