

Clasificación de la Información: Pública  Reservada  Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

APELLIDOS	BELTRAN CAMARGO		
NOMBRES	JOSE LUIS		
CÉDULA	79.602.263		
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA
GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO			

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO							
CONTRATO N°	944	✓	VALOR TOTAL	\$	34.768.800,00	CDP	10826
VIGENCIA	2.026	✓	DESDE	13	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
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
			\$ 1.750.905,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	2.897.400,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	2.897.400,00	IVA	\$
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	280.100	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	218.900	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		NOMBRE EPS	COMPENSAR
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	9.100	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%	\$ 1.448.700,00
C-1705-1100-10-10106B-1705021-02 Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden	50,00%	\$ 1.448.700,00
TOTALES		100,00% \$ 2.897.400,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	No. CTA	0550488413202430

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 JOSE LUIS BELTRAN CAMARGO

**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 GFRTT	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ANTONIO AGUSTIN MARTINEZ OSPINO

FIRMA:

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	JOSE LUIS BELTRAN CAMARGO	cra 98 a No 161-50	2675016	jbeltranc@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71988992	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2025-03	1	\$0	\$541.800	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

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	860066842-7	216.900	0	0	0	0	0	0	0	0	216.900	1

**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Porvenir	80024805-8	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	1

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solididad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	42.700				42.700	0	0	42.700		42.700	427	42.700	1

**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

**TOTALES PARAFISCALES**

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	216.900	216.900	216.900
Pensión	1	280.200	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700	42.700
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>





## Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los últimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento:

Cédula Ciudadanía

Número de Documento:

79602263

Número de Planilla:

71989892

Fecha de pago de la planilla:

Día: 13 Mes: Abril Año: 2026

Periodo de pago salud:

Mes: Marzo Año: 2026

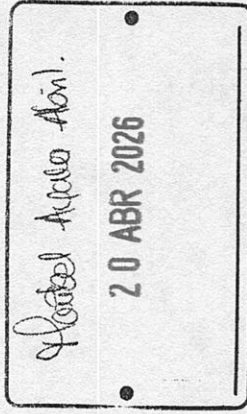
Ingrese el valor total pagado de la planilla:

541800

No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas

Digite el número que aparece en la imagen:

846146



028014

Consultar

### Administradoras pagadas

### Periodo de pago

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

Porvenir

Compensar EPS

Marzo - 2026

Marzo - 2026

Marzo - 2026

