

Clasificación de la Información: Pública Reservada Clasificada

Fecha de aprobación: 16/01/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA				
APELLIDOS	CHIQUEZA CUERVO			
NOMBRES	ANDRES			
CÉDULA	79.643.157			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°	580	VALOR TOTAL	\$	70.825.700,00	CDP	10626	RP	41326	
VIGENCIA	2.026	DESDE	9	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							

INFORMACIÓN PARA PAGO				
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	4	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA			\$ 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	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)	NOMBRE EPS	COMPENSAR
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$	13.400	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$			

NÚMERO DE ACTIVIDADES	ACTIVIDAD	%	VALOR
1	C-1705-1100-10-10106B-1705019-02 Realizar la caracterización predial y planeación de la administración	100,00%	\$ 6.438.700,00
TOTALES		100,00%	\$ 6.438.700,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO BCSC	TIPO	AHORROS	No. CTA	24500430107

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.

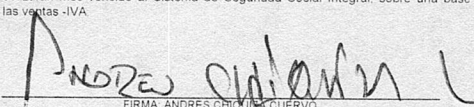
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

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.

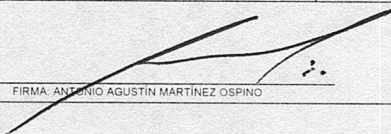
4º De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad 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.

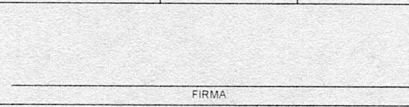

 FIRMA: ANDRES CHIQUEZA CUERVO

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 AGUSTÍN MARTÍNEZ OSPINO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	


 FIRMA: ANTONIO AGUSTÍN MARTÍNEZ OSPINO


 FIRMA



[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*

79643157

Número de planilla*

72002447

Valor Planilla*

1048500

Periodo de pago salud*

Mes*

Marzo

Año*

2026

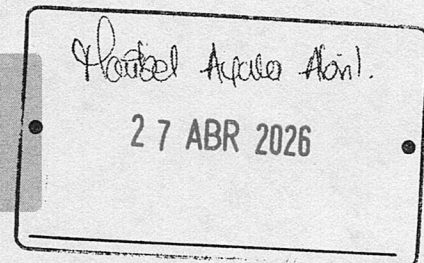
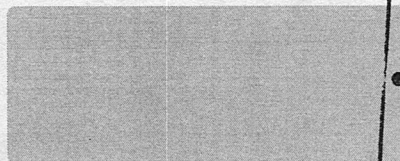
Fecha de pago de la planilla*

04/21/2026

[Regresar](#)

[Consultar](#)

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2026
Pension	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	Marzo - 2026
Salud	ALIANSA SALUD EPS S.A.	Marzo - 2026



Redes de Pago

Fechas de Pago

Hoy **21 Abril** 2026 pagan: