

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 RESTITUCION 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		REDUCCIÓN		HASTA		
VALOR ADICIÓN					VALOR		
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE	FECHA	VALOR CESIÓN			
		CESIONARIO	DESDE				
¿SUSPENSIÓN?	DESDE		HASTA				
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?	FECHA						

INFORMACIÓN PARA PAGO			
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	5
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.035.000,00

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 5.087.500,00	NÚMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	\$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 5.087.500,00	IVA	\$
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 325.600	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 254.400	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	SURA
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	\$ 10.600	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES		ACTIVIDAD			%	VALOR
2		C-1705-1100-6-10106B-1705021-02Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes			50,00%	\$ 2.543.750,00
		C-1705-1100-6-10106B-1705021-02Realizar 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	0570026670272116	

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: 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 MARTINEZ OSPINO	CARGO / ROL	COORDINADOR	DEPENDENCIA	GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ANTONIO MARTINEZ OSPINO

FIRMA:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	VILLA MITOLA OLGA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CLL 75 D 22 57		SOLEDAD-ATLANTICO		3205378458		No	
CC 32740912															

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor				
2026-04	2026-04	292529561	9503293975	I	2026/05/06	2026/05/06	2026/05/08	BANCO DAVIVIENDA	\$591,700	2			

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																							
1	CC	32740912	VILLA OLGA	230301	30	\$2,035,000	EP5010	30	\$2,035,000	\$254,400		0	\$0	\$254,400	14-23	30	\$2,035,000	\$10,700	0	\$0	\$10,700		
Total Afiliados(1)						\$2,035,000			\$2,035,000	\$254,400			\$0	\$254,400			\$2,035,000	\$10,700			\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 37240972		VILLA MITOLA OLGA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 D 22 57	SOLEDAD-ATLANTICO	3205378458	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2026-04		292529561	9503293975		1	2026/05/06	2026/05/08	BANCO DAVIVIENDA	2
									\$591,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$325,600	\$500	\$0	\$326,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$325,600	\$500	\$0	\$326,100	
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	\$400	\$0	\$254,800	
EPS SURA (ANTES SUSALLUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$254,400	\$400	\$0	\$254,800	
TOTAL				1	\$590,700	\$1,000	\$0	\$591,700	

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes en línea.

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

9503293975

Periodo de cotización (salud)

2026

04



No soy un robot

Recuerda que debes superar la prueba de seguridad de CAPTCHA de Google.



Planilla válida

[Verificar planilla](#)

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

Aceptar

¿Tienes otro tipo de solicitud?

Selecciona la opción que más se ajuste a tu solicitud



Líquida y paga tu planilla



Certificado de aportes



Soporte de pago



Verificar la validez de una planilla



Pago electrónico - PSE

