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: 13

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	DELGADO TAPIAS				
NOMBRES	LILIANA RAFAELA				
CÉDULA	1,016,060,852				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	**UBICACIÓN**	DEPENDENCIA	COJAI-FONDO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	3,109	**VALOR TOTAL**	$	60,862,617.00		**CDP**	8721	**RP**	453121		
VIGENCIA	2,021	**DESDE**	7	ABR	2,021	**HASTA**		31	DIC	2,021	
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**	2	**APORTE PARA PENSIÓN**	16%
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		**DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**		30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6,762,513.00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6,762,513.00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 432,800	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 338,100	**NOMBRE F. PENSIÓN**	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 14,100	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705016 Realizar actividades relacionadas con la operación, ejecución e implementación de órdenes judiciales impartidas a la Unidad de Restitución de Tierras	100.00%	$ 6,762,513.00
TOTALES	100.00%	$ 6,762,513

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCOLOMBIA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	18849673935

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 2.009.

3º De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del articulo 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 los plazos establecidos en el Articulo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.

FIRMA: LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS

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 CERTIFICACIÓÑN SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (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**	JUAN PABLO PARRA ROJAS	**CARGO / ROL**	LÍDER ADMINISTRACIÓN DEL FONDO	**DEPENDENCIA**	COJAI-FONDO
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

FIRMA: JUAN PABLO PARRA ROJAS

FIRMA:

Si usted copia o imprime este documento, la URT lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre la Intranet

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016060852		DELGADO TAPIAS LILIANA RAFAELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 124 carrera 71-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6275803	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	985412538	9419120813	I	2021/05/13	2021/05/10	BANCOLOMBIA	0	$785,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

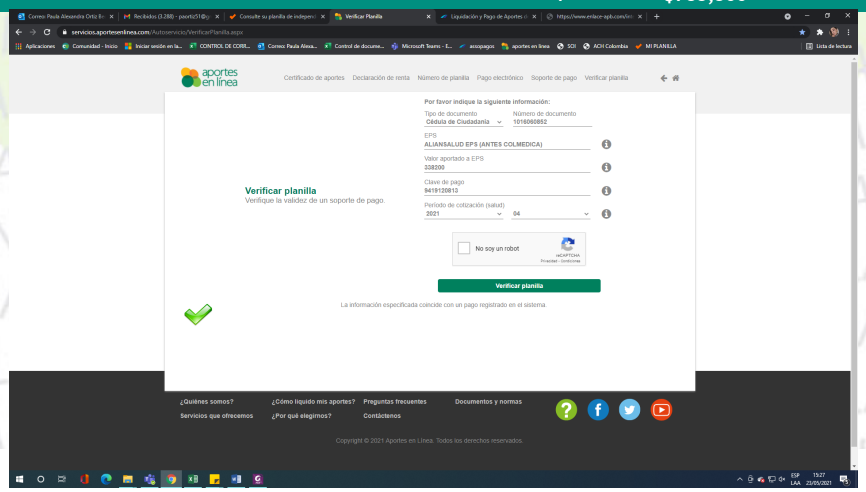
EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,705,006	$432,900			$2,705,006	$338,200			$0	$0			$2,705,006	$14,200		$0	$0		$785,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,705,006	$432,900			$2,705,006	$338,200			$0	$0			$2,705,006	$14,200		$0	$0		$785,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,705,006	$432,900			$2,705,006	$338,200			$0	$0			$2,705,006	$14,200		$0	$0		$785,300
1	CC	1016060852	DELGADO LILIANA																		25-14	30	$2,705,006	$432,900	EPS001	30	$2,705,006	$338,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,705,006	$14,200	0	$0	$0	No	$785,300
Total			**Afiliados(1)**																				$2,705,006	$432,900			$2,705,006	$338,200			$0	$0			$2,705,006	$14,200		$0	$0		$785,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016060852		DELGADO TAPIAS LILIANA RAFAELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 124 carrera 71-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6275803	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	985412538	9419120813	I	2021/05/13	2021/05/10	BANCOLOMBIA	0	$785,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$432,900	$0	$0	$432,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$432,900	$0	$0	$432,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,200	$0	$0	$14,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,200	$0	$0	$14,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$338,200	$0	$0	$338,200
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$338,200	$0	$0	$338,200
TOTAL				1	$785,300	$0	$0	$785,300



Paula Ortiz

2021/05/21 09:47 AM