| | 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 | RESTREPO GÓMEZ | | | |
| NOMBRES | MÓNICA ANDREA | | | |
| CÉDULA | 1.040.361.253 | | | |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | APARTADÓ | UBICACIÓN | DIRECCIÓN_TERRITORIAL | DT. APARTADÓ |

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO N° | 259 | VALOR TOTAL | $ | 36.238.930,00 | | CDP | 5221 | RP | 24321 | |
| VIGENCIA | 2.021 | DESDE | 12 | ENE | 2.021 | HASTA | 31 | OCT | 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 | 5 | APORTE PARA PENSIÓN | 16% |
| RÉGIMEN | NO RESPONSABLE DE IVA | | DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | | 30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO | $ 3.623.893,00 | NUMERO DE FACTURA | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA) | | BASE GRAVABLE | $ - |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | $ 3.623.893,00 | IVA | $ - |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*) | $ 231.900 | **DATOS SEGURIDAD SOCIAL** | |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*) | $ 181.200 | NOMBRE F. PENSIÓN | PORVENIR |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR | UNO (I) | NOMBRE EPS | COOMEVA EPS |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR | $ 7.600 | NOMBRE ARL | POSITIVA |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | $ - | | |

| NÚMERO DE ACTIVIDADES | 1 |
|---|---|

| ACTIVIDAD | % | VALOR |
|---|---|---|
| C-1799-1100-1-0-1799060 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad | 100,00% | $ 3.623.893 |
| | | |
| | | |
| TOTALES | 100,00% | $ 3.623.893 |

**DATOS BANCARIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 64549817562 |

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.

Mónica Restrepo

FIRMA: MÓNICA ANDREA RESTREPO GÓMEZ

**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 | YAIR DE JESUS SOTO BUILES | CARGO / ROL | DIRECTOR TERRITORIAL (E) | DEPENDENCIA | DT. APARTADÓ |
| 1. | NOMBRE | | CARGO / ROL | | DEPENDENCIA | |

FIRMA: YAIR DE JESUS SOTO BUILES

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,

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1040361253 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MONICA ANDREA RESTREPO GOMEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CIUDAD BOLIVAR | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 66 CALLE 80 NUMERO | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7785476203** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/05/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 976513882 | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 232.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 232.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 181.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 181.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 7.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 7.600** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 420.800** |

# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancolombia

Certificamos que MONICA ANDREA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1040361253, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) MONICA ANDREA RESTREPO GOMEZ con documento CC 1040361253, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 7785476203 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | ABRIL/2021 | Periodo Cotización Salud | ABRIL/2021 |
| Fecha Pago | 2021/05/03 | Número de Autorización | 976513882 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 230301 - PORVENIR |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS016 - COOMEVA E.P.S S.A |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 0,522 % |
| Clase de Riesgo | 1 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

ach SOI

Planilla Pagada