	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y CUENTA DE COBRO	Código	750.15.15-19
		Versión	5
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha	20/01/2022
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS	Pagina	1

LA UNIDAD DE ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS
NIT 900.490.473-6
DEBE A

Nombre y apellidos del contratista	JOSE AICARDO RUBIO LOPEZ			C.C.	1022337133
Regimen tributario	NO RESPONSABLE DE IVA			Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	1%
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC S A	Tipo de cuenta	AHORROS	Nº Cuenta	24092237991
Correo electrónico contratista:	jose.rubio@unidadvictimas.gov.co	Celular /Teléfono	3103824528	Extensiòn	

POR CONCEPTO DE

Nº del contrato	1199	Nº registro presupuestal	137822	Ciudad de ejecución	BOGOTA DC
N ° Pago	1	Periodo objeto de Pago desde	27-ene-22	hasta	31-ene-22
Objeto contractual	Prestar sus servicios profesionales en la Dirección Técnica de Reparación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para apoyar al equipo de Justicia Transicional en la verificación, análisis, construcción y consolidación de insumos que den respuesta a requerimientos judiciales, derechos de petición, solicitudes de órganos de control y solicitudes judiciales relacionadas con el cumplimiento de fallos judiciales de justicia especial transicional a cargo de la Dirección de Reaparacion para la vigencia 2022.				
Valor Periodo Objeto de Pago	$ 776.785		Valor día	$ 155.357	Total días 5
Si es Régimen Comùn Factura Nro.		Suspensiones contractuales	NO	Periodo de suspensión:	
		El contrato cuenta con Prórroga	NO	Periodo de prórroga:	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MES A PAGAR	ENERO
Valor Periodo Objeto de Pago en pesos	$ 776.785
Valor en Letras	SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS.

CONDICION DE DECLARANTE

Sus ingresos en el 2021 superaron $50.831.000,oo	SI	Ingresos del contrato suscrito con UARIV EN 2021 supero $163.386.000,oo	NO
Es declarante de Renta?	SI	Es pensionado?	NO

Aportes - Ahorro cuenta AFC - (Adjuntar carta de autorización) Mes actual	NO	Las fuentes de mis recursos son:	%
Aportes Ahorro Pensiones Voluntarias Mes actual	NO		
Pago Medicina prepagada Año anterior	NO	Contrato con la Unidad de victimas	100%
Intereses Préstamo de Vivienda Año Anterior	NO	Contrato con otras entidades	0%
Dependientes (Certificación de condición de declarante) mes Actual	NO	TOTAL FUENTE DE RECURSOS	100%

*** Adjuntar certificados actualizados**

Decreto 1778 del 20 de diciembre 2021. Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

INFORMACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL (MES ANTERIOR)

Nº Planilla de pago Seguridad Social		Ingreso Base de Cotizaciòn mes anterior (Honorarios x40%)	
Aporte obligatorio a seguridad social salud mes Anterior		Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Mes Anterior	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional Mes Anterior		ARL Riesgos Mes Anterior	
TOTAL PAGADO PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL			

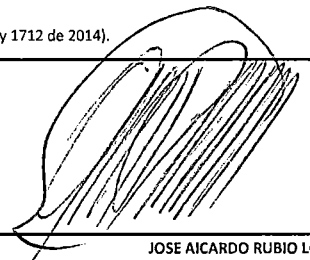
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGÚN INFORME DE ACTIVIDADES ADJUNTO NRO. FOLIOS 4 CD 1

RECUERDE LA CIRCULAR 00021 DE 2020, SU INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES ANTERIOR DEBE SUBIRLO AL SECOP II. (Ley 1712 de 2014).

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, Los aportes Voluntarios en cuentas AFC y FVP, de ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato;
3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla.
4. Toda la información aquí suministra es verídica;
5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.



JOSE AICARDO RUBIO LOPEZ

EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, **CERTIFICO:**

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;
3. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.

El Supervisor

ENRIQUE ARDILA FRANCO

DIRECCION DE REPARACION

TRAMITE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL	RADICADO GESTIÓN FINANCIERA

CUENTA POR PAGAR	OBLIGACIÓN	ORDEN DE PAGO