PARQUES NACIONALES
NATURALES DE COLOMBIA

TIERRALTA - CÓRDOBA

MEMORANDO
20196700002133

FECHA: *22-03-2019_S*

PARA: **LUZ ELVIRA ANGARITA JIMENEZ**
Directora Territorial Caribe

DE: **ANTONIO J. MARTINEZ NEGRETE**
Jefe de Área Protegida PNN Paramillo

ASUNTO: **PAGO 1 DE 5 CPS No. 209 – JOSE DANIEL IBARRA SALGADO**

Cordial saludo:

Me permito enviar informe, certificado de cumplimiento, pago de salud, pensión, ARL, certificación de aportes y el formato de clasificación tributaria, correspondiente al pago 1 de 5, del siguiente contratista:

Jose Daniel Ibarra Salgado

Atentamente,

ANTONIO J. MARTINEZ NEGRETE
Jefe de Área Protegida PNN Paramillo

Proyecto. ***J.IBARRA***

El ambiente es de todos | Minambiente

Nombre Dependencia
Parque Nacional Natural Paramillo
Calle 5 No. 13 – 58 barrio el prado – Tierralta Córdoba
Teléfono: 7687576
paramillo@parquesnacionales.gov.co
www.parquesnacionales.gov.co

ISO 9001 icontec
IQNet
NTCGP 1000 icontec

Scanned with CamScanner

PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 209 DE 2019 DE PARQUES NACIONALES NATURALES

CERTIFICA:

Que el señor **JOSE DANIEL IBARRA SALGADO**, identificado con cédula de ciudadanía número 1.042.424.768 de Soledad, ha venido cumpliendo satisfactoriamente las obligaciones en desarrollo del objeto del contrato que se relaciona a continuación:

NUMERO : 209 de 2019
Nº REG. PRESU : 15519- FONAM
CLASE : Contrato de Prestación de Servicios
OBJETOS : Prestación de servicios técnicos y de apoyo a la gestión del Parque Nacional Natural Paramillo de manera autónoma e independiente en las actividades concertada con el supervisor, para implementar las iniciativas económicas locales de fortalecimiento concertadas con 20 familias indígenas y vincular 20 nuevas familias del resguardo Embera Katio del Alto Sinú, en el marco del Programa de Desarrollo Local Sostenible financiado por la Unión Europea, componente Estrategias Especiales de Manejo (EEM). De igual manera debe apoyar la formulación del proyecto KFW que beneficiará a 112 familias campesinas asentadas en zonas con función amortiguadora del PNN Paramillo que sean priorizadas por el área protegida.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo establecido en el Artículo 18 del Decreto 0723 de 2013, además se hizo la revisión de aportes de salud y pensión, por lo que el contratista se encuentra al día en el cumplimiento de las obligaciones de la Ley 1150 de 2007, frente al sistema de seguridad social así:

I.B.C	$828.116	PENSION	$ 132.500
		SALUD	$ 103.600
		ARL	$ 20.200
TOTAL			**$ 256.300**

Que se han verificado los antecedentes del contratista, arrojando la siguiente información:

PENALES	FISCALES	DISCIPLINARIOS	PROFESIONALES
No Registra	No Registra	No Registra	No se Requiere

Actividad Económica: 7499

Por consiguiente el supervisor autoriza el pago No **1** de **5** establecido en el plan de pagos concertado con el contratista, equivalente al 9.17% correspondiente a **$785.618.**

La presente certificación se firma para trámite de pago.

ANTONIO J. MARTINEZ NEGRETE
Jefe de Area Protegida PNN Paramillo
Supervisor

El ambiente es de todos | Minambiente

Parque Nacional Natural Paramillo
Calle 5 No. 13 – 58 barrio el prado – Tierralta Córdoba
Teléfono: 7687576
paramillo@parquesnacionales.gov.co
www.parquesnacionales.gov.co

ISO 9001 Icontec | IQNet | NTCGP 1000 Icontec

Scanned with CamScanner

ANEXO 4 -MODELO INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Nº CPS: **209**	NOMBRE DEL CONTRATISTA: **JOSE DANIEL IBARRA SALGADO**		FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: **20 febrero de 2019**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios técnicos y de apoyo a la gestión del Parque Nacional Natural Paramillo de manera autónoma e independiente en las actividades concertada con el supervisor, para implementar las iniciativas económicas locales de fortalecimiento concertadas con 20 familias indígenas y vincular 20 nuevas familias del resguardo Embera Katio del Alto Sinú, en el marco del Programa de Desarrollo Local Sostenible financiado por la Unión Europea, componente Estrategias Especiales de Manejo (EEM). De igual manera debe apoyar la formulación del proyecto KFW que beneficiará a 112 familias campesinas asentadas en zonas con función amortiguadora del PNN Paramillo que sean priorizadas por el área protegida.			PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: **4 meces** VALOR MENSUAL:$ 785.617 FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 19 junio de 2019
OBLIGACIONES	**ACTIVIDADES**	**PRODUCTOS**	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO**
Elaborar e implementar de manera correcta y eficiente la planeación, planificación y procedimientos técnicos necesarios para la ejecución del Proyecto de Desarrollo Local Sostenible en el PNN Paramillo.	Elaborar un plan de trabajo ajustado para el desarrollo de las actividades objeto del contrato en coordinación con el jefe del área protegida y la profesional del área protegida	Plan de trabajo concertado con el jefe de AP y revisado por el supervisor del contrato. Esto debe ir en el formato que sea definido por la cooperación internacional.	Plan de trabajo elaborado y firmado con el supervisor del contrato.(formato Excel)
	Realizar los informes mensuales de actividades y final del contrato, que den cuenta de los avances y gestión realizada, de acuerdo con las actividades programadas y según sea requerido por el Programa DLS, en los tiempos estipulados por la entidad y cargados en la carpeta drive correspondiente al área protegida.	2. Informes de actividades mensuales presentados al supervisor del contrato, en el formato de EEM	
		3 Informe final del contrato elaborado.	
	Apoyar el proceso de implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento e inversión proyectados para las familias e iniciativas económicas identificadas	4. Plan de Asistencia Técnico Informes de recorridos y visitas de campo.	Se elaboró el plan de asistencia técnico para las comunidades del rio esmeralda. **Evidencia** Plan de asistencia Formato (Word)

Scanned with CamScanner

	para el área protegida.		
Apoyar las actividades de implementación de los planes de mejoramiento e inversión de las iniciativas económicas locales de las familias emberá Katío del resguardo Alto Sinú beneficiarias del programa, así como del proceso de identificación, selección y caracterización de nuevas familias para la presente vigencia en el PNN Paramillo	Sistematizar la información tomada en campo para ejercicios de aplicación de las evaluaciones de sostenibilidad de las iniciativas económicas fortalecidas y de las nuevas familias, y analizar los resultados obtenidos posteriores al proceso de intervención en las familias indígenas beneficiarias en el PNN Paramillo	5. Informe del proceso de sistematización de información requerida para las evaluaciones de sostenibilidad de las iniciativas locales embera que incluya: tabla de registro de datos, memorias o informes y listados de asistencia, entre otros.	
	Sistematizar información secundaria realizar encuestas (información primaria) como insumos para la elaboración del Diagnóstico socioeconómico inicial (nuevas familias) y final (total familias en proceso de implementación) de cada iniciativa beneficiada con el Programa	6. Informe del proceso de sistematización de información requerida para la elaboración de los documento diagnóstico socioeconómico: tablas de registro de datos, encuestas escaneadas, registros fotográficos, entre otros.	
	Apoyar el desarrollo de la metodología de DLS –UE en el nuevo grupo de familias beneficiarias, preferiblemente alrededor de iniciativas ya fortalecidas del PNN Paramillo.	7. Avances de documentos técnicos en coordinación el/la profesional líder de la agenda de trabajo del proyecto DLS-UE.	
Contribuir con los procesos de planificación que adelanta el PNN Paramillo en el marco del subprograma UOT y al desarrollo de las agendas de trabajo del PNN Paramillo relacionadas con el proyecto KFW (Componente Desarrollo sostenible) en su fase de formulación	Realizar los informes mensuales de actividades y final del contrato, que den cuenta de los avances y gestión realizada, de acuerdo con las actividades programadas y según sea requerido por el Programa KFW, en los tiempos estipulados por la entidad y cargados en la carpeta drive correspondiente al área protegida.	8. Memorias, Actas, listados de asistencia o Informes de apoyo técnico en coordinación con el profesional líder de la agenda de trabajo de proyecto KFW	

Scanned with CamScanner

	Sistematizar información secundaria realizar encuestas (información primaria) como insumos para la elaboración del Diagnóstico socioeconómico inicial (Selección de familias) para la etapa de formulación del programa KFW en el PNNP (Zonas con función amortiguadora priorizadas).		
Migrar la información generada como producto del contrato al servidor, de acuerdo con los estándares definidos por SGC y Sistema de Información en la estructura de directorios del nivel central	Almacenar los documentos necesarios definidos en el contrato de acuerdo con los estándares definidos por la entidad.	9. Documentos generados almacenados en el servidor DRIVE del Programa Drive con la carpeta del PNN Paramillo	
	Apoyar el proceso administrativo de elaboración en la gestiones pertinentes para obtener cotizaciones, revisiones en SECOOP, ETC que contribuir en la elaboración de documentos, términos de referencia, convenios, demás solicitudes que sean requeridos por el profesional del área o el jefe del área protegida y el programa DLS y KFW en la viabilizarían de los recursos económicos que serán invertidos para el fortalecimiento de las iniciativas	10. Informes de apoyos de tipo administrativo para viabilizar la inversión de recursos para el fortalecimiento de las iniciativas.	
	Canalizar oportuna y fielmente ante el jefe de la dependencia y el profesional que coordina el programa en el AP, las inquietudes, sugerencias y consultas que surjan por parte de las familias beneficiarias en desarrollo del Programa DLS y KFW.	11. Oficios, informes, evidencias de correos electrónicos y registros audiovisuales	

Scanned with CamScanner

	beneficiarias en desarrollo del Programa DLS y KFW.		

NOTA: En consecuencia el porcentaje de ejecución para el presente informe es de 9,17% (EL PORCENTAJE QUE SE DEBE INDICAR ES EL QUE EL SUPERVISOR CONFIRMA EN LA PLATAFORMA PARA EL PAGO DEL MES)

Jose Daniel Ibarra

Jose Daniel Ibarra Salgado
C.C. 1.042.424.768
Contratista

Vo. Bo. **ANTONIO MARTINEZ NEGRETE**
CARGO Jefe Área Protegida PNN Paramillo
Supervisor del contrato

Scanned with CamScanner

ANEXO 3
FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Bogotá. 20 de Marzo de 2019

Señores:
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Yo, [Jose Daniel Ibarra Salgado] identificado(a) con documento de identidad No. [N° de 1.042.424.768] de [Soledad (Atlántico)], declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el articulo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, del mes de **Enero** para gestionar el pago de los respectivos honorarios del mes de **febrero** por valor de **$ 785.617** del Contrato de Prestación de Servicios No. **209** del año **2019** suscrito con **Subcuenta para el Manejo Separado de los Recursos Presupuestales que se asignen a La Administración y Manejo del Sistema De Parques Nacionales – (Fonam Pnnc).**

Ítem	No de planilla	Periodo de pago *año / mes*	Fecha de pago *año / mes / día*
Pensión	4266450661	2019/01	2019/02/14
Salud	4266450661	2019/01	2019/02/14
Riesgos profesionales	4266450661	2019/01	2019/02/14

DOY CONSTANCIA QUE:

1. De acuerdo a los artículos 1.2.4.1.7. y 1.2.4.1.16. del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016 y el Concepto DIAN 001725 del 21 de Agosto de 2018, la procedencia en la depuración de la base de retención en la fuente a título de renta de los aportes de seguridad social se encuentra condicionada al pago de salud, pensión y ARL del mes que origina el pago de la cuenta, lo que quiere decir **que si el periodo de planilla de seguridad social presentada NO corresponde al mismo mes objeto de pago, NO se podrá tener en cuenta para disminuir la base gravable mensual de retención en la fuente.**

2. Los aportes a seguridad social relacionados **SI ( ) NO (X)** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones. De ser afirmativo, el valor de [_____] corresponde a los honorarios recibidos por Parques Nacionales Naturales de Colombia.

3. Mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

Firma Jose Daniel Ibarra
Nombre: JOSE DANIEL IBARRA SALGADO
C.C. No. 1.042.424.768 de SOLEDAD (ATLÁNTICO)

Scanned with CamScanner

ANEXO 5
BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Yo, **Jose Daniel Ibarra Salgado** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.042.424.768 expedida en Soledad (Atlántico), solicito me sean aplicadas las siguientes deducciones en el cálculo de la base de retención de acuerdo con los artículos 126-1 y 387 del Estatuto Tributario:

1. Deducción por intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda realizados durante el año 2018:

   SI [ ] NO [X]

   (Adjuntar el certificado de los pagos realizados en el año anterior emitido por la entidad financiera)

2. Pagos por salud durante el año 2018 por concepto de:
   2.1. Contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que implican mi protección la de mi cónyuge, hijos y/o dependientes.
   2.2. Los pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, con la misma limitación del literal anterior.

   SI [ ] NO [X]

   (Adjuntar el certificado de los pagos realizados en el año anterior emitido por la entidad correspondiente)

3. Deducción por dependientes por:
   3.1. Por hijos hasta 18 años de edad.
   (Adjuntar registro civil de nacimiento donde conste el año de nacimiento y el nombre de los padres)

   3.2. Por hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando el contratista financie su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
   (Adjuntar certificado de las entidades de educación superior de las instituciones de educación superior o programas de educación no formal autorizados por las entidades competentes y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   3.3. Por hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   (Adjuntar certificado de medicina legal o institución médica competente donde conste la incapacidad física o psicológica)

   3.4. Por cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.
   (Adjuntar certificado por contador público –en caso de ingresos o de medicina legal o institución médica competente -por dependencia originada en factores físicos o psicológicos y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   3.5. Por padres y los hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.
   (Adjuntar certificado por contador público –en caso de ingresos o de medicina legal o institución médica competente -por dependencia originada en factores físicos o psicológicos y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   SI [ ] NO [X]

4. También solicito disminuir de la base de retención el valor pagado por (Marcar con una "X"):

   - ☐ Los aportes voluntarios a pensiones (Adjuntar certificado de la entidad correspondiente)
   - ☐ Los aportes a los seguros privados de pensiones (Adjuntar certificado de la entidad correspondiente)
   - ☐ Los ahorros en las cuentas AFC (Adjuntar una certificación de la cuenta expedida por la entidad financiera e informar el valor a descontar en el certificado de pagos mensualmente).

Para efectos de lo anterior, adjunto los certificados correspondientes y, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que estos descuentos SI [ ] NO [ ] serán tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones. Y por lo tanto, en caso de ser afirmativa la respuesta, las deducciones no serán tomadas en cuenta para la disminución de la base de retención en la fuente de Parques Nacionales o Fonam - Parques, atentidiento el artículo 1.2.4.1.6. del Decreto Reglamentario 1625 de 2016.
DICHA INFORMACIÓN DEBERA SER ENTREGADA JUNTO CON LA CERTIFICACIÓN DE PAGOS.

Fecha: día __20__ **mes** __03_ **año 2019**

Firma: Jose daniel Ibarra

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

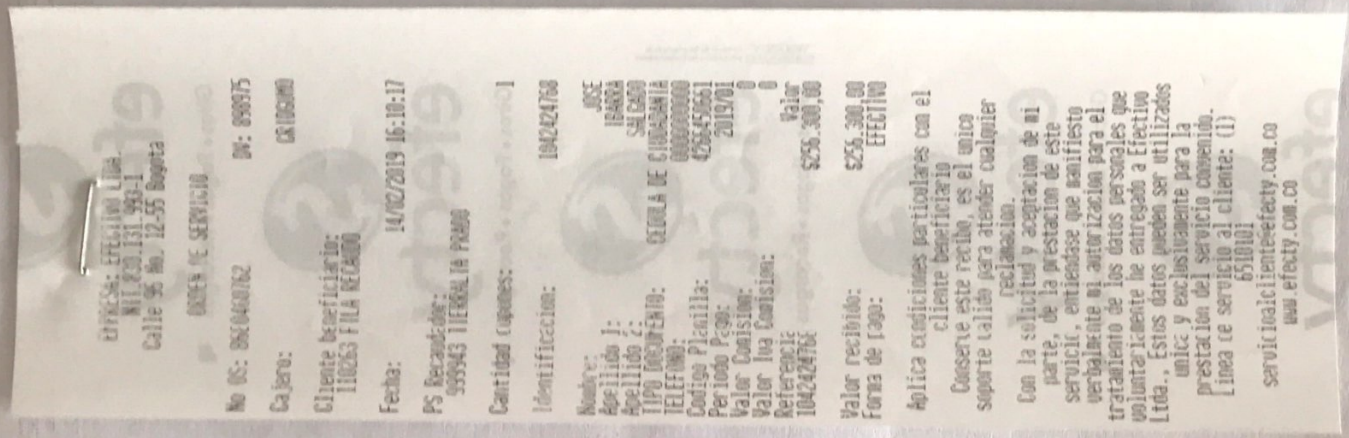
DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1042424768
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		JOSE DANIEL IBARRA SALGADO IBARRA SALGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	TIERRALTA DEPARTAMENTO:		CORDOBA
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 CALLE 9-41 TELÉFONO:		7685209
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4266450661**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2019/02/15	0	$ 0	$ 256.300
2019/02/18	3	$ 700	$ 257.000
2019/02/19	4	$ 900	$ 257.200
2019/02/20	5	$ 1.000	$ 257.300
2019/02/21	6	$ 1.200	$ 257.500
2019/02/22	7	$ 1.500	$ 257.800

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 132.500
SUBTOTAL:			1	**$ 132.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
806008394	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 103.600
SUBTOTAL:			1	**$ 103.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 20.200
SUBTOTAL:			1	**$ 20.200**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 256.300**



Scanned with CamScanner