	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: 15

Clasificación de la Información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ **Fecha de aprobación:** 01/02/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
APELLIDOS	SOLA ARENAS				
NOMBRES	DINA LUZ				
CÉDULA	25.785.406				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MONTERÍA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. CÓRDOBA - MONTERÍA	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO										
CONTRATO N°	854	VALOR TOTAL	$	65.354.017,00		CDP	4523	RP	139123	
VIGENCIA	2.023	DESDE	31	ENE	2.023	HASTA	15	DIC	2.023	
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	3	APORTE PARA PENSIÓN	16%
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 5.682.958,00	NUMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 5.682.958,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 363.700	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 284.100	NOMBRE F. PENSIÓN	COLFONDOS
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	CINCO (V)	NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ -	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-7-0-1705020 Elaborar las pretensiones, socializándolas con el solicitante.	100,00%	$ 5.682.958,00
TOTALES	100,00%	$ 5.682.958,00

DATOS BANCARIOS					
BANCO	BANCO AV VILLAS	TIPO	AHORROS	No. CTA	550792761

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 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: DINA LUZ SOLA ARENAS

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 CERTIFICACIÓNN 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	DINA LUZ MONTALVO PUENTE	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. CÓRDOBA - MONTERÍA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: DINA LUZ MONTALVO PUENTE

FIRMA

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD 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 el Sistema de Información Strategos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco AV Villas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DINA LUZ SOLA ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 # 36 -57	TELÉFONO:	7922909
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7871633160**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		19			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1980754424

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 372.200
SUBTOTAL:			1	**$ 372.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 290.800
SUBTOTAL:			1	**$ 290.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.200
SUBTOTAL:			1	**$ 12.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 675.200**

22 MAR 2023

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DINA LUZ SOLA ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 # 36 -57	TELÉFONO:	7922909
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4491891638**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		26			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993756168

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7871633160	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/03/21

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 400
SUBTOTAL:			1	**$ 400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 300
SUBTOTAL:			1	**$ 300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**

TOTAL PAGADO:	**$ 700**

28 MAR 2023