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	JEREZ RAMIREZ				
NOMBRES	TACHI				
CÉDULA	1,010,177,911				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	VILLAVICENCIO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. META - VILLAVICENCIO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	2,038	VALOR TOTAL	$	56,018,151.00	CDP	10723	RP	490823		
VIGENCIA	2,023	DESDE	11	ABR	2,023	HASTA	31	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	5	APORTE PARA PENSIÓN	16%
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6,224,239.00	NUMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6,224,239.00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 398,400	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 311,200	NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 13,000	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES: 5

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-7-0-1705024 Adoptar estudios preliminares de medidas de protección preventiva de derechos territoriales étnicos en favor de comunidades y/o pueblos indígenas.	5.00%	$ 311,211.95
C-1705-1100-7-0-1705024 Solicitar ante los jueces de restitución de tierras medidas cautelares de protección preventiva en favor de comunidades étnicas	10.00%	$ 622,423.90
C-1705-1100-7-0-1705024 Elaborar informes de caracterización de afectaciones territoriales de las comunidades étnicas.	56.00%	$ 3,485,573.84
C-1705-1100-7-0-1705024 Presentar las Demandas de restitución de derechos territoriales para comunidades étnicas ante los jueces de restitución.	28.50%	$ 1,773,908.12
C-1705-1100-7-0-1705024 Adoptar estudios preliminares de medidas de protección preventiva de derechos territoriales étnicos en favor de comunidades y/o pueblos indígenas.	0.50%	$ 31,121.19
TOTALES	100.00%	$ 6,224,239.00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	No. CTA	488405428852

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

1° 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.

2° 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.

3° 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

4° De acuerdo con el artículo 69 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 TACHI JEREZ RAMIREZ

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.

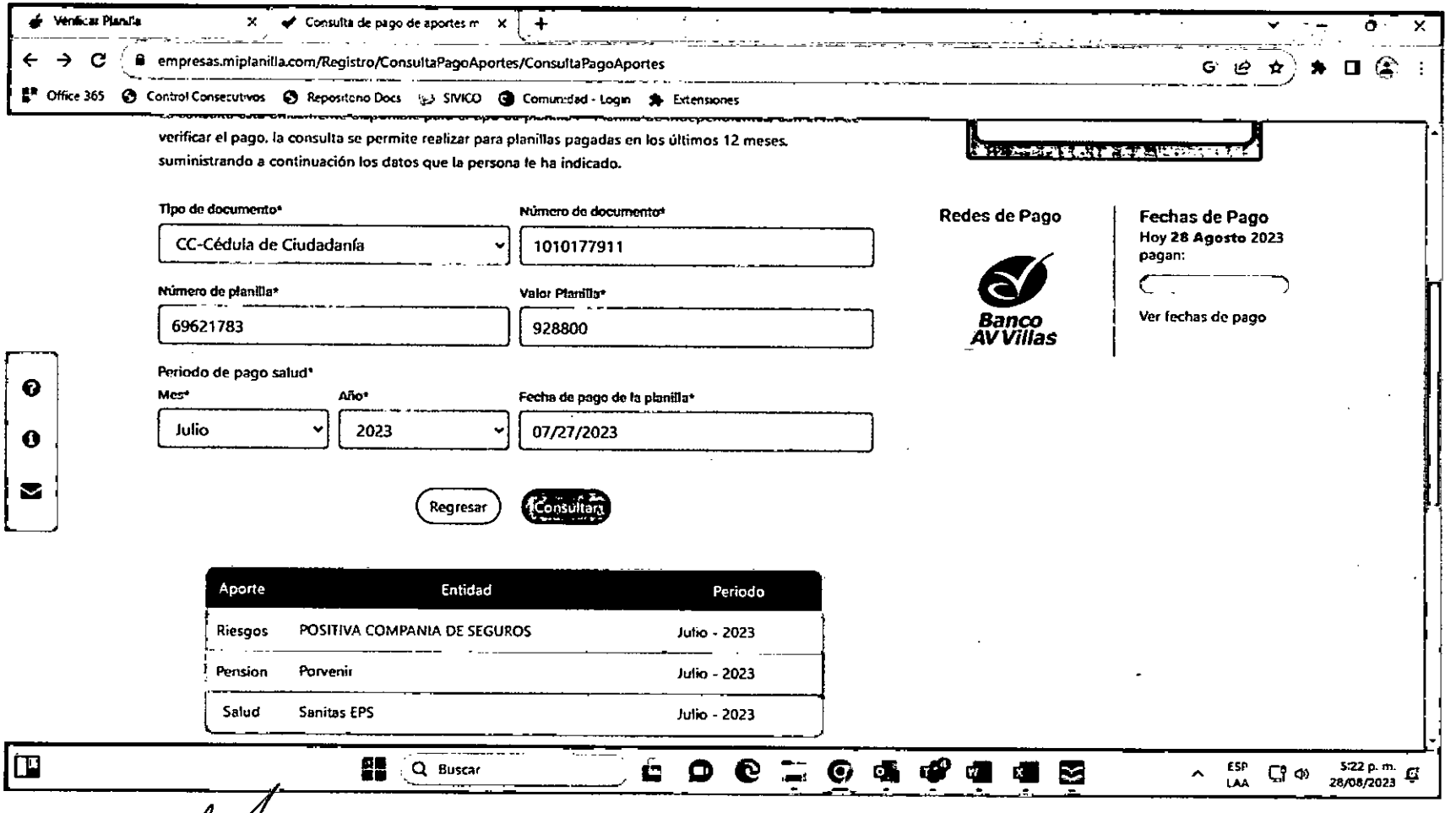
N° DE SUPERVISORES	NOMBRE	CESAR LIBARDO SANTOYO SANTOS	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. META - VILLAVICENCIO
1	NOMBRE		CARGO / ROL	-	DEPENDENCIA	

FIRMA CESAR LIBARDO SANTOYO SANTOS

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

TACHI JEREZ



VERIFICÓ: MCRM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010177911	TACHI JEREZ RAMIREZ	CALLE 19 N 16-65 MZ I CA 4 BRR REMANSO	3123670678	tachyjerezramirez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	27/07/2023	69621783	$928.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	512.000	0	0	0	0	0	0		512.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.800				16.800	0	0	16.800			168	16.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.000
Pensión	1	512.000	512.000
Riesgos Laborales	1	16.800	16.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.800	928.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010177911	TACHI JEREZ RAMIREZ		CALLE 19 N 16-65 MZ I CA 4 BRR REMANSO	3123670678	tachyjerezramirez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	27/07/2023	69621783	$928.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiado	Sindico	Extranjero	Cotizante Exterior	IRP	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010177911	JEREZ RAMIREZ TACHI	59	0		N																	230301	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS005	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	I	16.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información