| | 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 | CAMERO BOBADILLA | | | | |
| NOMBRES | CLAUDIA PATRICIA | | | | |
| CÉDULA | 1.143.442.607 | | | | |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO | NEIVA | UBICACIÓN | DIRECCIÓN_TERRITORIAL | DT. CAUCA | |

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO N° | 2.530 | VALOR TOTAL | $ | | 15.155.007,00 | CDP | 4023 | RP | | 926223 | |
| VIGENCIA | 2.023 | DESDE | 15 | JUN | 2.023 | HASTA | | 31 | DIC | 2.023 | |
| TIPO DE CONTRATO | SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN | | | | | | | | | | |

**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 | $ 2.165.001,00 | NUMERO DE FACTURA | N/A |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA) | | BASE GRAVABLE | $ - |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) | $ 2.165.001,00 | IVA | $ - |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*) | $ 185.600 | **DATOS SEGURIDAD SOCIAL** | |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*) | $ 145.000 | NOMBRE F. PENSIÓN | COLFONDOS |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR | UNO (I) | NOMBRE EPS | SANITAS |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR | $ 6.100 | 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% | $ 2.165.001,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTALES | 100,00% | $ 2.165.001,00 |

**DATOS BANCARIOS**

| BANCO | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS | No. CTA | 53403755881 |
|---|---|---|---|---|---|

**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 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.

CLAUDIA PATRICIA CAMERO B

FIRMA: CLAUDIA PATRICIA CAMERO BOBADILLA

**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 | RAFAEL ZÚÑIGA ENRÍQUEZ | CARGO / ROL | DIRECTOR TERRITORIAL | DEPENDENCIA | DT. CAUCA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NOMBRE | | CARGO / ROL | | DEPENDENCIA | |

FIRMA: RAFAEL ZÚÑIGA ENRÍQUEZ

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 Estrategos

62

# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1143442607 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLAUDIA PATRICIA CAMERO BOBADILLA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | NEIVA | DEPARTAMENTO: | HUILA |
| DIRECCIÓN: | CRA 27 19 -45 | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4511576826 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 6 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/08/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995343872 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 185.600 | $ 1.300 | $ 186.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 1.300** | **$ 186.900** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 1.000 | $ 0 | $ 145.000 | $ 1.000 | $ 0 | $ 146.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 1.000** | **$ 0** | **$ 146.000** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 100 | $ 0 | $ 6.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 6.200** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1143442607 | CAMERO BOBADILLA CLAUDIA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 114344260 | $ 6.100 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 339.100** |

Planilla Pagada

# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que CLAUDIA PATRICIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1143442607, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CLAUDIA PATRICIA CAMERO BOBADILLA con documento CC 1143442607, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 4511576826 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | JULIO/2023 | Periodo Cotización Salud | JULIO/2023 |
| Fecha Pago | 2023/08/08 | Número de Autorización | 9995343872 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 231001 - COLFONDOS |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS005 - SANITAS 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

Planilla Pagada

28/08/2023