| Centro Nacional de Memoria Histórica | Certificación del supervisor - Contratos de prestación de servicios - Personas naturales | CÓDIGO: | ABS-FT-018 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 016 |
| | | PÁGINA: | 1 DE 1 |

## Datos del contratista

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho | | |
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía (CC) [X] Cédula de Extranjería (CE) [ ] Pasaporte (PAS) [ ] | No. | 52.822.432 |

## Datos del contrato

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° Contrato: | 095-2023 | Fecha: | 3 de febrero de 2023 | Valor total: | $ 63.693.333,00 |
| Fecha de inicio: 3/02/2023 | | | Fecha de terminación: 22/12/2023 | | |
| Lugar de ejecución del Contrato: | | Bogotá | | | |

Objeto del contrato: Prestar servicios profesionales de manera autónoma e independiente para realizar la corrección de estilo y edición de los documentos resultantes de las investigaciones y procesos misionales para el Proyecto de Inversión: Divulgación de Acciones de Memoria Histórica a Nivel Nacional y las demás dependencias del CNMH.

## Datos para el pago

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de cuenta bancaria | 2 | 0 | 7 | 7 | 5 | 8 | 5 | 0 | 3 | 2 | 2 | Banco | Bancolombia | Ahorros | [X] | Corriente [ ] |
| Registro Presupuestal - RP No. | 10823 | | | | | | | | | | | Fecha RP: | 03/02/2023 | | | |
| Periodo del informe y de la certificación de pago correspondiente | | | | | | | | | | | | Desde: | **01/09/2023** | Hasta: | | **30/09/2023** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RESPONSABLE DE IVA (Seleccionar) | NO | ARL - Riesgo III (Seleccionar) | NO | Pensionado Seleccionar | NO |
| Ultima Mesada Pensional | Mes: | | Valor | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valores | Honorarios mensuales antes de IVA: | $ | 5.971.250 | |
| | Iva | | | |
| | Ingreso base cotización SGSS: | $ | 2.388.500 | |
| | Aportes obligatorios en salud (*): | $ | 298.600 | |
| | Aportes obligatorios en pensión (*)+ FSP: | $ | 382.200 | |
| | Aportes a riesgos profesionales (*): | $ | 12.500 | |
| | Numero o Ref/ planilla de aportes: | **1056907030** | | |
| | Periodo de Cotización y Fecha de Pago de Seguridad Social | **Periodo de Cotización** | **Fecha de pago** | **Valor pagado (*)** |
| | | **Septiembre** | **14/09/2023** | **1.229.900** |

*(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos profesionales 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.*

## Actividades desarrolladas durante este periodo:

En mi calidad de contratista certifico 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. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1.

En el formato ABS-FT-017 se encuentra el INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL del contratista, de las actividades realizadas en el periodo señalado en el presente documento el cual fue verificado por el supervisor del contrato.



*Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho*

## Certificación del supervisor del contrato:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del supervisor: | Daniel Fernando Polanía Castro | C.C. | 80.792.370 |
| Cargo: | Profesional especializado de la Estrategia de Comunicaciones | | |

En mi calidad de supervisor del contrato certifico que el CONTRATISTA ha cumplido a cabalidad con el objeto y obligaciones contractuales requeridas para el presente pago, de acuerdo con lo avalado por esta supervisión en el informe de actividades presentado, el cual reposa en el expediente contractual, razón por la cual certifico que la presente solicitud de pago cuenta con todos los soportes de ley que debe presentar el contratista y los mismos han sido verificados por mí, antes de solicitar el trámite de pago.




*Daniel Fernando Polanía Castro*

| Anexos: | | |
|---|---|---|
| | 1 | Formato ABS-FT-017 Informe de ejecución contractual |
| | 2 | Cuenta de cobro o Factura de Venta(Ley 1819 de 2016) |

Cuenta de cobro N.° **008**

Ciudad: Bogotá D. C. Fecha: 30 de septiembre de 2023

**CENTRO DE MEMORIA HISTÓRICA**
NIT: 900.492.141-5

Debe a:
**Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho**
**CC 52 822 432**
No responsable de IVA

La suma de cinco millones novecientos setenta y un mil doscientos cincuenta pesos (**$5 971 250**) m/cte. por concepto de honorarios del mes de **septiembre** de acuerdo con el contrato 095 de 2023. Informe de actividades entregado a la supervisión.

Atentamente,



Nombre: Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho
CC: 52 822 432
Celular: 3132754050
Dirección: Carrera 8 # 13-34 sur, int. 1 apto. 601.

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-09-20, 12:16:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056907030

**Periodo Cotización:** septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023

## PAGADO 14/09/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LINDA CAROLINA RODRIGUEZ TOCARRUNCHO | | |
| **Documento** | CC52822432 | **Dirección** | CR 8 SUR #13 - 34 INT 1 APTO 601 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 9269601 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52822432 | LINDA CAROLINA RODRIGUEZ TOCARRUNCHO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 4.237.000 | $ 678.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 4.237.000 | $ 529.700 | 0,522 | $ 4.237.000 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.229.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 4.237.000 | $ 4.237.000 | $ 4.237.000 | $ 0 | $ 678.000 | $ 529.700 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.229.900 | $ 0 | $ 1.229.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.