	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: 11

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	DELGADO TAPIAS				
NOMBRES	LILIANA RAFAELA				
CÉDULA	1.016.060.852				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	COJAI-FONDO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	896	VALOR TOTAL	$	68.337.742,00	CDP	7620	RP	99220			
VIGENCIA	2.020	DESDE	28	ENE	2.020	HASTA	15	DIC	2.020		
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					

INFORMACIÓN PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	1
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	15

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 3.106.261,00	NUMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 3.106.261,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 198.800		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 155.300		
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 6.500		
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSION	COLPENSIONES
NOMBRE EPS	ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES: 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705016 Realizar actividades relacionadas con la operación, ejecución e implementación de órdenes judiciales impartidas a la Unidad de Restitución de Tierras	100,00%	$ 3.106 261
TOTALES	100,00%	$ 3.106 261

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO	AHORROS	No. CTA	18849673935

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 los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1 del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago sera mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.

FIRMA: LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS

Folio 6

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, 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	JUAN PABLO PARRA ROJAS	CARGO / ROL	LÍDER ADMINISTRACIÓN DEL FONDO	DEPENDENCIA	COJAI-FONDO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: JUAN PABLO PARRA ROJAS

FIRMA

Si usted copia o imprime este documento, la URT 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 la Intranet

Colpensiones
Ven con tu futuro ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1016060852,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de diciembre de 2019.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el señor(a) LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS identificado con CC N° 1016060852 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato N° F205104564396CC1016060852, con vigencia desde: 3/10/2015 hasta 31/12/2050.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Identificación	Nombre y apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de afiliación	Fecha de vencimiento	Estado	Cotizante
1	CC 1016060852	LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS	26	204	3/10/2015	31/12/2050	Vigente	Si

Se expide en BOGOTA el día 20 de diciembre de 2019

Firma autorizada
Oficina 271 OFICINA INTERNET

Esta certificación no es valida para traslado entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.016.060.852, contratista de la empresa UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION DE RESTITUCION DE TIERRAS DESPOJADAS, con NIT No. 900498879, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 23/01/2020 y fecha fin de contrato 15/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000422866.

Esta certificación se expide a los 06 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES (BENEFICIOS TRIBUTARIOS)

CERTIFICACIÓN:

Yo, RAFAELA DELGADO TAPIAS, identificado (a) con C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) No. 1016060852 expedida en BOGOTA, con domicilio principal en la ciudad de BOGOTÁ, dirección CALLE 124 # 71-49, en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013 y Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
RAFAEL DELGADO FRANCO	91.100.120	7/10/1954	PADRE

NOTA:

El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

1. *Para Hijos con edad entre 18 y 23 años, anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.*
2. *Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal o EPS.*
3. *Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.*

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente, igualmente y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar el beneficio obtenido.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 5 días del mes FEBRERO del año 2020, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD, para que surta los efectos legales.

(Firma)

Nombres y Apellidos RAFAELA DELGADO TAPIAS.

Tipo y Número de documento de identificación CC 1.016.060.852

[redacted]

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES							
	ENERO.....01	FEBRERO..02	MARZO.....	3	ABRIL.....04		
	MAYO.....05	JUNIO.....06	JULIO.....	07	AGOSTO.....08		
	SEP.....09	OCTUBRE..10	NOV.....	11	DIC.....12		

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.
1866B895

(1) Fecha básica	(2) Parte compl.
9 3 0 9 2 2	12350

OFICINA REGISTRO CIVIL — (3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA SEGUNDA. — (4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: SAN GIL (SANTANDER). — (5) Código: 5612

SECCION GENERICA

INSCRITO — (6) Primer Apellido: DELGADO. — (7) Segundo Apellido: TAP[illegible]S. — (8) Nombres: LILIANA RAFAELA.

SEXO — (9) Masculino o Femenino: FEMENINO. — (10) Masculino ☐ Femenino ☒ — FECHA DE NACIMIENTO: (11) Día: 22 — (12) Mes: septiembre. — (13) Año: 1.993.

LUGAR DE NACIMIENTO — (14) País: COLOMBIA — (15) [illegible]. — (16) Municipio: SAN GIL. (Dpto., Intd. o Comis.: ANTANDER)

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO — (17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN JUAN DE DIO[illegible] SAN GIL (SANTANDER). — (18) Hora: 7.45.A.M. — (19) Documento Presentado-Antecedente (Cert. Médico, Acta Parroquial etc.): TESTIGOS. — (20) Nombre del Profesional que certificó el nacimiento: — (21) No licencia:

MADRE — (22) Apellidos (de soltera): TAPIAS CAMACHO. — (23) Nombres: LILIANA MARIA. — (24) Edad actual: 17.- — (25) Identificación (clase y número): T.I. No 760601-00876. So[illegible]rro. — (26) Nacionalidad: COLOMBIANA. — (27) Profesión u oficio: SECRETARIA.

PADRE — (28) Apellidos: DELGADO FRANCO. — (29) Nombres: RAFAEL. — (30) Edad actual: 39.- — (31) Identificación (clase y número): C.C.No 91.100.120. Socorr[illegible] (Sder). — (32) Nacionalidad: COLOMBIANO. — (33) Profesión u oficio: COMERCIANTE.

DENUNCIANTE — (34) Identificación (clase y número): C.C.No 91.100.120. Socor[illegible]o (Sder). — (35) Firma (autógrafa): [signature] — (36) Dirección postal y Municipio: Carrera 11 No 14-22. Soc[illegible]ro (Sder). — (37) Nombre: RAFAEL DELGADO FRANCO

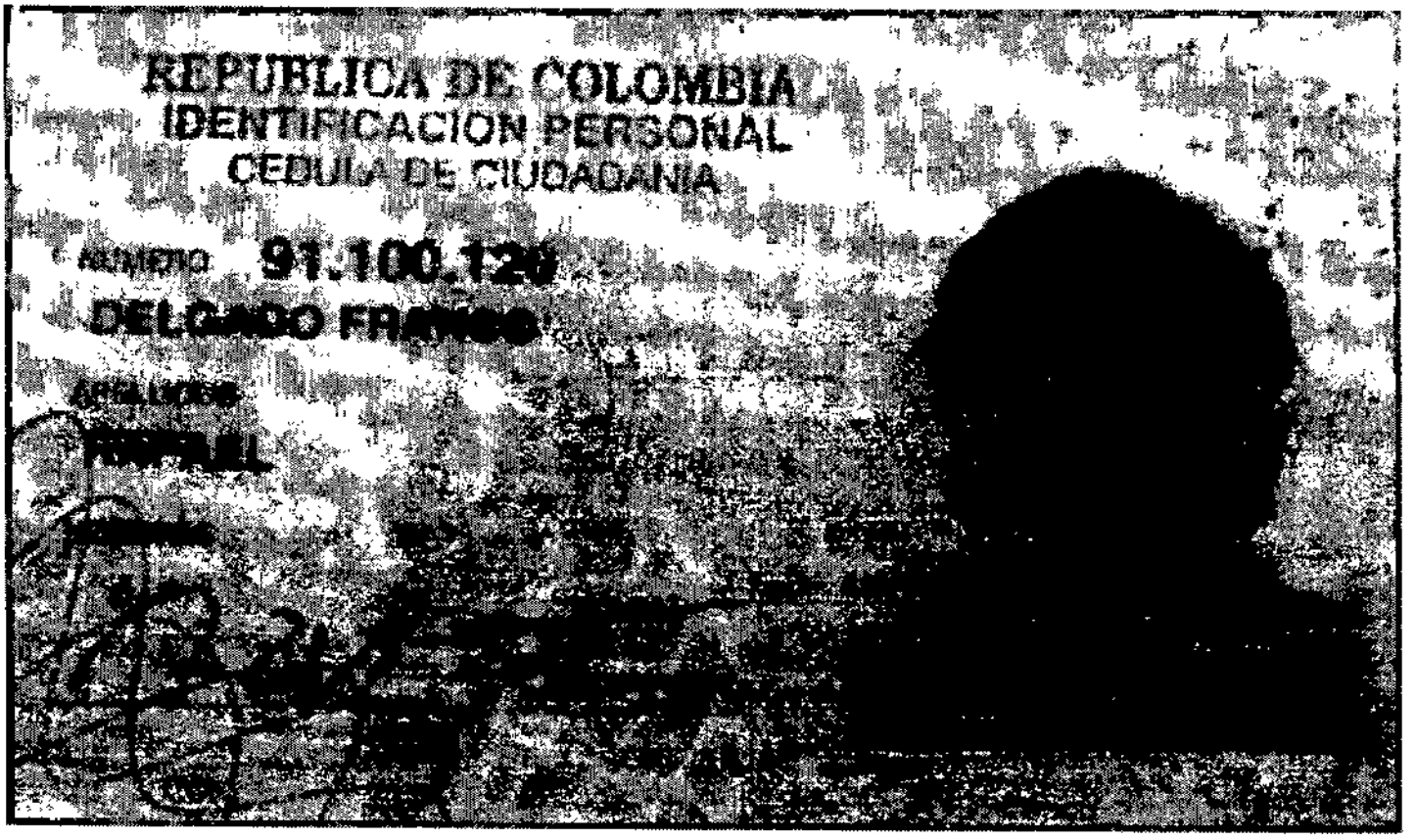
TESTIGO — (38) Identificación (clase y número): C.C.No 26.941.187. Valledu[illegible]ar (Cesar) — (39) Firma (autógrafa): [signature] — (40) Domicilio (Municipio): CARRERA 11 No 14-22. Soc[illegible]ro (Sder). — (41) Nombre: MARIA CECILIA CAMACHO DE TAPIAS.

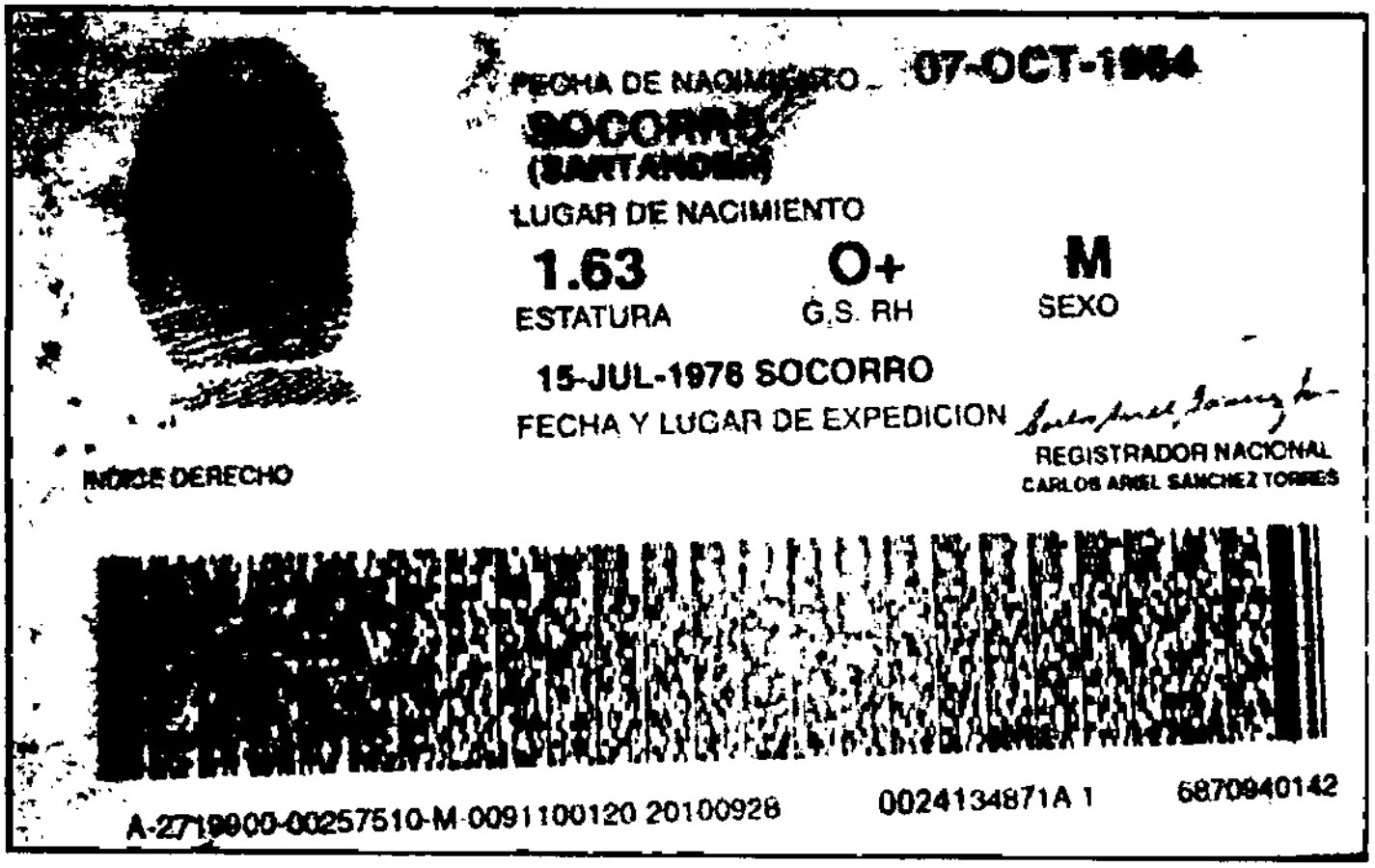
TESTIGO — (42) Identificación (clase y número): C.C.No 5.559.773. Bucaram[illegible]ga (Sder). — (43) Firma (autógrafa): [signature] — (44) Domicilio (Municipio): Carrera 13 No 16-72. Soco[illegible]o.

FECHA DE INSCRIPCION — (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) — (46) Día: 26 — (47) Mes: OCTUBRE. — (48) Año: 1993. — (49) Nombre: CARLOS ARTURO GALVIS. — Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante el cual se hace el registro: [illegible]

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EL NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE SAN GIL-SANTANDER
TESTIFICA QUE LA PRESENTE COPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON QUE TUVO A LA VISTA
SAN GIL 26 MAY 2010

Dr. HERMAN ARENAS CORREA
Notario Primero


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 91.100.120
DELGADO FRANCO



FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1954

SOCORRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-JUL-1976 SOCORRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-27199000-00257510-M-0091100120 20100928 0024134871A 1 6870940142

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

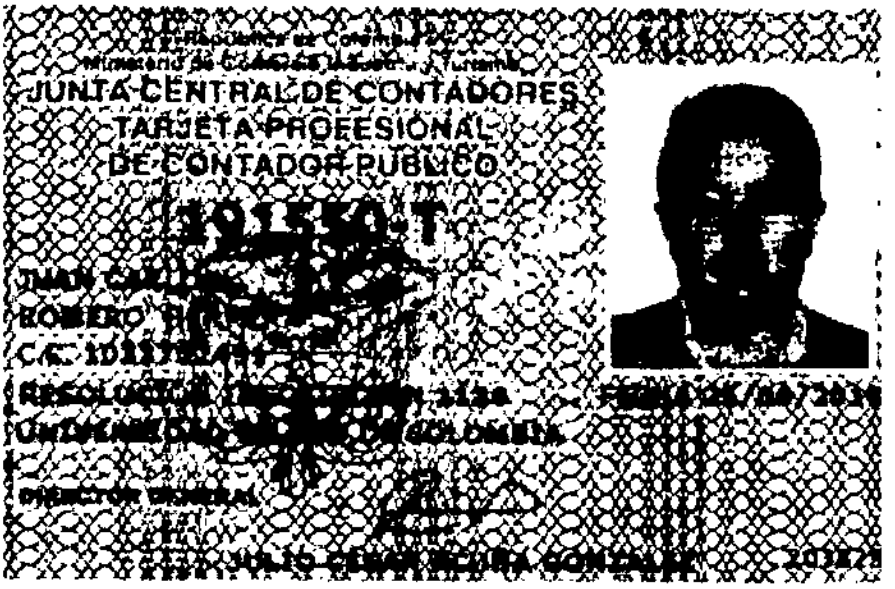
Que para los efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del artículo 387 del E.T, el señor RAFAEL DELGADO FRANCO, identificado con cedula de ciudadanía Nº 91.100.101 de Socorro, residente en la ciudad de Socorro, Santander padre de la señora RAFAELA DELGADO TAPIAS identificada con cedula de ciudadanía Nº 1.016.060.852 de Bogotá, en la actualidad el señor RAFAEL DELGADO FRANCO no obtiene ingresos propios por lo cual es dependiente económicamente de la señora RAFAELA DELGADO TAPIAS.

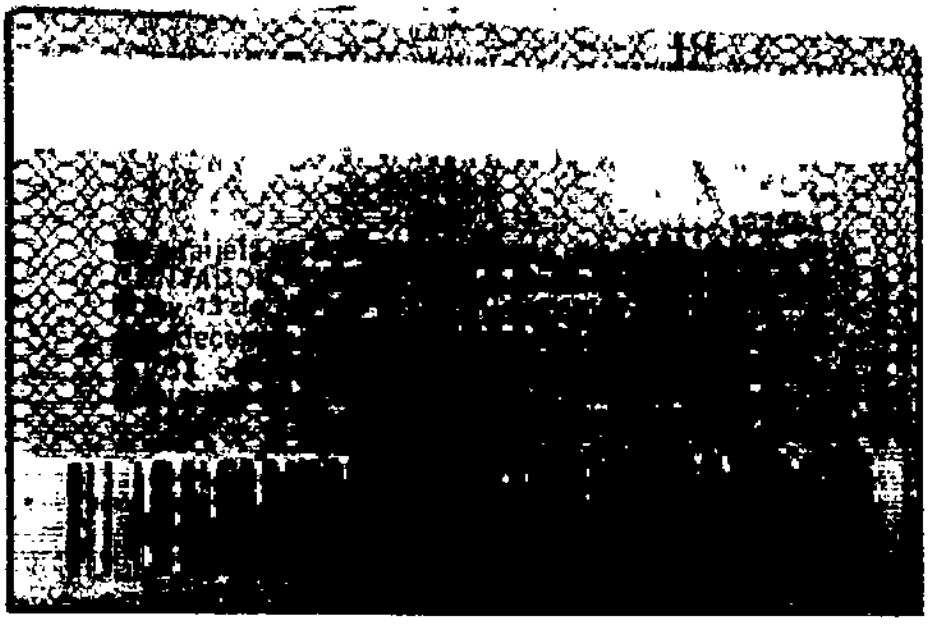
La presente certificación se expide para que sea presentada por la Señora Rafaela Delgado Tapias ante La Unidad De Restitución de Tierras en la cual está vinculada actualmente bajo el contrato de prestación de servicios

En Constancia de lo Anterior, firmo en Bogotá a los 29 días de Enero de 2020.

Juan C. Romero H.

JUAN CARLOS ROMERO HERRERA
C.C 1033702431
T.P191550-T


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



Bogotá, D.C., 31 de Enero de 2020

Señores
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL GESTION DE RESTITUCION DE TIERRAS DESPOJADAS – UAEGRTD
Grupo de Gestión Económica y Financiera
Bogotá

Respetados señores:

De conformidad con los art 17 y 18 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, para la excepción contemplada en el numeral 10 del art 206 del E.T, certifico que no he contratado o vinculado trabajadores asociados a la actividad que desarrollo.

Cordialmente,

RAFAELA DELGADO TAPIAS
c.c 1016060852