	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	MUÑOZ ROJAS				
NOMBRES	JAIME RODRIGO				
CÉDULA	5.824.549				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	**UBICACIÓN**	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CATASTRAL	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	176	**VALOR TOTAL**	$	51.252.957,00	**CDP**	5620	**RP**	20320		
VIGENCIA	2.020	**DESDE**	14	ENE	2.020	**HASTA**	30	SEP	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**						

INFORMACION PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	**NÚMERO DE PAGO**	3
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	**DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**	30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 5.694.773,00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 5.694.773,00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 364.500	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 284.700	**NOMBRE F. PENSION**	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	SALUD TOTAL
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 11.900	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1

ACTIVIDAD	**%**	**VALOR**
C-1705-1100-5-0-1705009 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso o no al registro de tierras despojadas y abandonadas	100,00%	$ 5.694.773
TOTALES	100,00%	$ 5.694.773

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BBVA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	0181296377

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 conforidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del articulo 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 Articulo 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 será 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: JAIME RODRIGO MUÑOZ ROJAS

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 DIAZ LASCAR	**CARGO / ROL**	DIRECTOR TECNICO	**DEPENDENCIA**	DIRECCIÓN CATASTRAL
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

FIRMA: JUAN PABLO DIAZ LASCAR

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