	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	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°	1.745	**VALOR TOTAL**	$	5.436.015,00	**CDP**	9620	**RP**	408520		
VIGENCIA	2.020	**DESDE**	13	ABR	2.020	**HASTA**	30	JUN	2.020	
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**	1
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	**DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**	30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 1.812.005,00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 1.812.005,00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 140.400	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 109.700	**NOMBRE F. PENSION**	COLFONDOS
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	SANITAS
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 4.600	**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%	$ 1.812.005
TOTALES	100,00%	$ 1.812.005

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

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.

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, 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**	MARIA DEL MAR CHAVES CHAVARRO	**CARGO / ROL**	DIRECTOR TERRITORIAL	**DEPENDENCIA**	DT. CAUCA
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

Maria del Mar Chaves Ch.

FIRMA: MARIA DEL MAR CHAVES CHAVARRO

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:	**4331779820**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO		2020
DÍAS DE MORA:	6						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9999747441

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	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 140.500	$ 600	$ 141.100
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 600**	**$ 141.100**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 500	$ 0	$ 109.800	$ 500	$ 0	$ 110.300
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 110.300**

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	$ 4.600	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:									**$ 4.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE	
1	CC 1143442607	CAMERO BOBADILLA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	114344260	$ 4.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 256.100**

Banco Agrario de Colombia

Sr(a). CLAUDIA PATRICIA CAMERO BOBADILLA , bienvenido al servicio de liquidación de aportes de la seguridad social y parafiscales.

Fecha de último ingreso a la aplicación: marzo 17 2020, 08:27

Planillas Recientes

A continuación encontrarás las últimas planillas generadas en nuestra plataforma. Las planillas disponibles para el pago presentan el valor liquidado sin mora.

No. Planilla	Valor	Tipo Planilla	Periodo Liquidación		Estado	Fecha de pago	Acciones		
			Otros Subsistemas	Salud			Pagar	Abrir	Deshabilitar
4331779820	$ 254.900	I	2020-03	2020-03	PAGADA	2020-04-14 2:53 PM			
4332330223	$ 254.900	I	2020-04	2020-04	PENDIENTE PAGO OTROS CANALES				
4325833872	$ 254.900	I	2020-02	2020-02	PAGADA	2020-03-14 1:42 PM			

Más planillas pagadas | Más planillas para pago

Neiva, 23 de abril 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,

Claudia Patricia Camero B.

Claudia Patricia Camero Bobadilla
C.C.1.143.442.607 de Barranquilla

FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES (BENEFICIOS TRIBUTARIOS)

CERTIFICACIÓN:

Yo, Claudia Patricia Camero Bobadilla identificado (a) con C.C. (X) C.E. () NIT () No.1.143.442.607 expedida en Barranquilla, con domicilio principal en la ciudad de Neiva, dirección Carrera 27 19-45 Jardín, 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
Sofía García Camero	1.063.300.964	19/12/2013	Hija
Luciana Rodríguez Camero	1.076.921.995	30/06/2018	Hija
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	

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 23 días del mes Abril 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.

Claudia Patricia Camero B.

Claudia Patricia Camero Bobadilla
CC. 1.143.442.607

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N

NUIP 1.063.300.964

Tipo de certificado	Datos Esenciales	Acreditar Parentesco
	☐	X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: GARCIA CAMERO SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	3	Mes	D	I	C	Día	1	9	FEMENINO	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CORDOBA MONTELIBANO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	3	Mes	D	I	C	Día	2	6	0054276805

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: CAMERO BOBADILLA CLAUDIA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.143.442.607	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos: GARCIA MESA YEISON ARBEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.035.303.712	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: GARCIA MESA YEISON ARBEY

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.035.303.712

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CORDOBA MONTELIBANO	H 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	1	3	Mes	D	I	C	Día	2	6

Nombre y firma del funcionario

WILLIAM A. AGUILAR HERRERA
(E)
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1076921995

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59388254

59388254

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 5 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA — HUILA — NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	CAMERO

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUN Día 30	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA — HUILA — NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14770912-3

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CAMERO BOBADILLA CLAUDIA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.143.442.607	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CASTELLANOS JORDAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.075.265.115	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAMERO BOBADILLA CLAUDI A PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.143.442.607	Claudia Patricia Camero B.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes JUL Día 04	LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jordan F Rodriguez C. JORDAN FERNANDO RODRIGUEZ CASTELLANOS Firma	LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 51 FOLIO 033

LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL
NOTARIO TERCERO

OFIXPRES NIT 830238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COMO NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA HUILA MANIFIESTO QUE ESTA ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL. FIEL COPIA Y COMPLETA QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA LA QUE EXPIDO EN UNA HOJA DE PAPEL COMÚN CON DESTINO AL INTERESADO QUIEN DIJO NECESITARLA CON LA ÚNICA FINALIDAD DE DEMOSTRAR PARENTESCO. ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

NEIVA, HUILA EL NOTARIO:

LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL

NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA

04 JUL 2018