	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: 16

Clasificación de la Información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ **Fecha de aprobación**: 24/01/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	SOLA ARENAS				
NOMBRES	DINA LUZ				
CÉDULA	25.785.406				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MONTERÍA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. CÓRDOBA - MONTERÍA	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	712	VALOR TOTAL	$	37.656.850,00		CDP	11024	RP	86324		
VIGENCIA	2.024	DESDE	28	ENE	2.024	HASTA	30	JUN	2.024		
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	ÚLTIMO PAGO	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 2.738.680,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6.846.700,00	NUMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6.846.700,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 438.189		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 342.335		
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 14.300		
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSIÓN	COLFONDOS
NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Realizar la revisión de los entregables asociados a la etapa administrativa	100,00%	$ 6.846.700,00
TOTALES	100,00%	$ 6.846.700,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO AV VILLAS	TIPO	AHORROS	No. CTA	550792761

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 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.

FIRMA: DINA LUZ SOLA ARENAS

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	ANA CRISTINA MUÑOZ	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. CÓRDOBA - MONTERÍA
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: ANA CRISTINA MUÑOZ

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 Strategos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco AV Villas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DINA LUZ SOLA ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 # 36 -57	TELÉFONO:	7922909
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7926575818**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		691508776

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 440.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 440.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 344.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 344.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 14.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 794.900**
VALOR MORA:	**$ 3.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 798.800**

Planilla Pagada

CTO 712.

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que DINA LUZ con documento CEDULA DE CIUDADANIA 25785406, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DINA LUZ SOLA ARENAS con documento CC 25785406, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7926575818	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MAYO/2024	Periodo Cotización Salud	MAYO/2024
Fecha Pago	2024/06/11	Número de Autorización	691508776

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	231001 - COLFONDOS
Dias	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Dias	30	Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Prueba

Validado por Viviana C. Pereira C.
26-06-2024

1	FUNCIONARIO		CONTRATISTA	X	FECHA DE ENTREGA	30/06/2024

2	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA (Diligenciar éste espacio con nombres y apellidos)	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	N° DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas)	FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO
	DINA LUZ SOLA ARENAS	25.785.406	712	30/06/2024

3	NOMBRE JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO	DEPENDENCIA	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN
	ANA CRISTINA MUÑOZ	DIRECCIÓN TERRITORIAL CÓRDOBA	Terminación de contrato

Es responsabilidad del Jefe y/o Supervisor recibir las credenciales y accesos a los sistemas de Información que presentan las siguientes características:

1. Los Sistemas de Información son propiedad de la Unidad y son administrados por dependencias como la Oficina de Tecnologías de la Información, Grupo de Gestión Económica y Financiera, Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano, Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Gestión Documental, Secretaría General - Atención a la Ciudadanía, Oficina Asesora de Comunicaciones, Oficina Asesora de Planeación, Grupo de Gestión en Prevención, Protección y Seguridad, entre otros.

2. Los Sistemas de Información que no son propiedad de la Unidad, pero deben ser accedidos para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública)

4 POR FAVOR DILIGENCIAR Y HACER FIRMAR ESTE FORMATO EN EL SIGUIENTE ORDEN:
1. Grupo de Gestión Económica y Financiera
3. Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Gestión Documental
4. Oficina de Tecnologías de la Información
5. Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Almacén
6. Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano

4.1 Grupo de Gestión Económica y Financiera

					NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Usuario SIIF - Marcar en las siguientes casillas sí o no (si aplica diligencie este espacio o de lo contrario continúe con la siguiente oficina)	SI		NO				

4.2 Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Gestión Documental

A) Inventario Único Documental (Formato GD-FO-05)
Nota: El formato GD-FO-05 deberá tener aval del supervisor del contrato y deberá contener los expedientes físicos en archivos tradicionales, como los documentos electrónicos que se encuentren en su equipo de cómputo.

	NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
B) Expedientes del Archivo (Préstamos) Nota: La verificación la realizará el Gestor Documental y/o encargado de Gestión Documental de cada sede y registrará su firma solo sí evidencia que no se tienen expedientes en préstamo o se realizó la respectiva devolución.	MARÍA CAMILA RUZ CALVO	1040512209	

C) Aplica <u>únicamente</u> para expedientes de restitución de tierras

	NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Entrega mediante el formato GD-FO-21 Traslado Documental, los documentos relacionados con los ID asignados de los expedientes de Restitución de Tierras a Gestión Documental. Nota: el profesional misional durante la vigencia del contrato o su desvinculación en la unidad, entrega todos los documentos producidos y recibidos en virtud de la asignación de casos de ID.	MARÍA CAMILA RUZ CALVO	1040512209	
Verificación del puesto de trabajo Nota: Se verificará por parte del colaborador misional designado por el Director Territorial, que en el puesto de trabajo del colaborador no quedaron documentos pendientes por entregar al Archivo.	NOMBRE COLABORADOR MISIONAL QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	YERLYS TERESA LÓPEZ SALAZAR	1073809907	

D) Usuario sistema DOCMA

	NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA (Jefe Inmediato o Supervisor del Contrato)	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Depuración de tareas en el sistema DOCMA Nota. El equipo DOCMA verifica previamente que el usuario no tenga tareas pendientes por gestionar, para proceder con la inactivación.	MARÍA CAMILA RUZ CALVO	1040512209	

4.3 Oficina de Tecnologías de la Información

Para los Sistemas de Información que no son propiedad de la UAEGRTD, pero a los cuales se debe acceder para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública), es responsabilidad del Jefe y/o Supervisor recibir las credenciales e informar la novedad a las entidades solicitando el cambio de usuario y contraseña según el procedimiento establecido por cada entidad.
Nota: Las solicitudes de activación de credenciales, para los colaboradores que finalizan su contrato y continuarán prestando sus servicios a la UAEGRTD, serán solicitadas por cada dependencia o territorial masivamente, a través de la creación de un solo GLPI y adjuntando un único formato GT-FO-14, por lo tanto, no se genera trámite en este formulario.

SI EL COLABORADOR NO CONTINÚA VINCULADO CON LA UNIDAD

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 el Sistema de Información Strategos

	A) Respaldo de Información	NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA (Jefe Inmediato o Supervisor del Contrato)	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	Nota: La verificación la realizará el propietario del activo de información (Supervisor, Director, Jefe, Coordinador), quien deberá garantizar que la información de los entregables y/o responsabilidades que hacen parte del desarrollo de las actividades del contratista, se encuentra ubicada en las carpetas compartidas dispuestas para tal fin.	N/A	N/A	N/A

	B) Desactivación de credenciales	# SOLICITUD GLPI	NOMBRE PERSONA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
	Nota: El supervisor, jefe inmediato, ingenieros territoriales, par administrativo o quien haga sus veces, deberá solicitar la desactivación de las credenciales del colaborador, a través de GLPI, anexando el formato GT-FO-14 Gestión de Credenciales	N/A	N/A	N/A	N/A

4.4 Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Almacén

A continuación, debe mencionar todos los bienes devolutivos que tenga a su cargo; si requiere más filas por agrupación las mismas pueden ser incluidas.

BIENES DEVOLUTIVOS

ÍTEMS	CAN	DESCRIPCIÓN	SERIE	PLACA	MARCA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN SI	RECIBIDO A SATISFACCIÓN NO	RECIBIDO A SATISFACCIÓN N.A	OBSERVACIONES
Muebles y enseres									
Equipo de comunicación									
Equipos y máquina de oficina									
Equipos de computación									
Equipos de restaurante y cafetería									
Planta de generación									
Equipos de Geoposicionamiento									
Equipos de seguridad									
Otros	Llaves de escritorio	SI ☐ NO ☐		Tarjeta de acceso	SI ☐ NO ☐				

Nota: En caso de que el colaborador no haga devolución completa de los bienes asignados, este formato en lo que corresponde al ítem 4.5 no será firmado por parte del Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa - Almacén.

NOMBRE PERSONA QUE CERTIFICA LA ENTREGA (Almacén)	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
N/A	N/A	

4.5 Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano					NOMBRE PERSONA QUE RECIBE CARNÉ	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Entrega de carné para funcionarios de planta	SI	☐	NO	☐			
Entrega de chaleco brigadista	SI	☐	NO	☐			

4.6 Entrega de carné para contratistas					NOMBRE PERSONA QUE RECIBE CARNÉ	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Entrega carné al supervisor	SI	☐	NO	☐	N/A	N/A	

5 OBSERVACIONES: No se hace devolución de bienes, ni solicitud de desactivación de credenciales, ni entrega del puesto de trabajo, no se hace devoluciónde carnet, ya que continuaré prestando mis servicios a la URT.

Dina Luz Sola Arenas

NOMBRE QUIEN ENTREGA: DINA LUZ SOLA ARENAS

Ana Cristina Muñoz

JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO: ANA CRISTINA MUÑOZ

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 el Sistema de Información Strategos