	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	TRUJILLO ORTIZ				
NOMBRES	DIANA MARCELA				
CÉDULA	1.075.246.606				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	360	VALOR TOTAL	$	82.160.400,00	CDP	3824	RP	37824		
VIGENCIA	2.024	DESDE	18	ENE	2.024	HASTA	31	DIC	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	7	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	0
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	PORVENIR
NOMBRE EPS	SANITAS
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES: 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1799-1100-1-53105B-1799060-02 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	100,00%	$ 6.846.700,00
TOTALES	100,00%	$ 6.846.700,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	No. CTA	486000153536

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

1° 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.

2° 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.

3° 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

4° 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.

Diana Marcela Trujillo O.

FIRMA: DIANA MARCELA TRUJILLO ORTIZ

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.

Nº DE SUPERVISORES	NOMBRE	OSCAR ELCIARIO BONILLA RIVERA	CARGO / ROL	JEFE	DEPENDENCIA	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: OSCAR ELCIARIO BONILLA RIVERA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075246606		TRUJILLO ORTIZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 45d 45 45 apto 501 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227129728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	787787991	9470070454	I	2024/08/02	2024/07/19	BANCO DAVIVIENDA	0	$794,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
1	CC 1075246606	TRUJILLO DIANA	230301	30	$2,738,680	$438,200	EPS005	30	$2,738,680	$342,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,738,680	$14,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0

2024/07/19 09:53 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075246606		TRUJILLO ORTIZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 45d 45 45 apto 501 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227129728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	787787991	9470070454	I	2024/08/02	2024/07/19	BANCO DAVIVIENDA	0	$794,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$438,200	$0	$0	$438,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$438,200	$0	$0	$438,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,300	$0	$0	$14,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,300	$0	$0	$14,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$342,400	$0	$0	$342,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$342,400	$0	$0	$342,400
TOTAL				1	$794,900	$0	$0	$794,900

2024/07/19 09:53 AM

aportes en línea

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1075246606**

EPS: **SANITAS**

Valor aportado a EPS: **342400**

Clave de pago: **9470070454**

Período de cotización (salud): **2024** **07**

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Daiana Vargas
26-7-24
11:53 Am

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075246606		TRUJILLO ORTIZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 45d 45 45 apto 501 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3227129728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	731877821	9469187594	I	2024/07/03	2024/06/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$794,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0
1	CC	1075246606	TRUJILLO DIANA		230301	30	$2,738,680	$438,200	EPS005	30	$2,738,680	$342,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,738,680	$14,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)							$2,738,680	$438,200			$2,738,680	$342,400			$0	$0			$2,738,680	$14,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075246606		TRUJILLO ORTIZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 45d 45 45 apto 501 int 1	BOGOTA-BOGOTA D E.	3227129728	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	731877821	9469187594	1	2024/07/03	2024/06/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$794,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$438,200	$0	$0	$438,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$438,200	$0	$0	$438,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,300	$0	$0	$14,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,300	$0	$0	$14,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$342,400	$0	$0	$342,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$342,400	$0	$0	$342,400
TOTAL				1	$794,900	$0	$0	$794,900

aportes en línea

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1075246606**

EPS: **SANITAS**

Valor aportado a EPS: **342400**

Clave de pago: **9469187594**

Período de cotización (salud): **2024** **06**

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Daiana Vargas
26-7-24
11:53 Am

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.