	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	ZAMBRANO RIVERO				
NOMBRES	DANIELA FERNANDA				
CÉDULA	1.095.802.555				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BARRANCABERMEJA	**UBICACIÓN**	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. MAGDALENA MEDIO - BARRANCABERMEJA	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	400	**VALOR TOTAL**	$	71.889.950,00		**CDP**	9624	**RP**		43424	
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**	10	**BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**	**$ 2.500.520,00**
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6.251.300,00	**NUMERO DE FACTURA**	NO APLICA
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	$ -	**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6.251.300,00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 400.083		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 312.565	**NOMBRE F. PENSIÓN**	PROTECCIÓN
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 13.100	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NÚMERO DE ACTIVIDADES 2

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias, en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el Registro de Tierras para Despojadas y Abandonadas - RTDAF.	50,00%	$ 3.125.650,00
C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso o no al Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas.	50,00%	$ 3.125.650,00
TOTALES	100,00%	$ 6.251.300,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BBVA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	0396198376

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: DANIELA FERNANDA ZAMBRANO RIVERO

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 CERTIFICACIÓN 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**	JOSE RAFAEL FIGUEROA RINCON	**CARGO / ROL**	DIRECTOR TERRITORIAL	**DEPENDENCIA**	DT. MAGDALENA MEDIO - BARRANCABERMEJA
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

FIRMA: JOSE RAFAEL FIGUEROA RINCON

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
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1095802555
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIELA FERNANDA ZAMBRANO RIVERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 27 N 42 - 380	TELÉFONO:	6394439
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	7947176948		TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1032956381			

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 400.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.100	$ 0	$ 400.100
SUBTOTALES:										**$ 400.100**	**$ 0**	**$ 400.100**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 312.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 312.600	$ 0	$ 0	$ 312.600
SUBTOTALES:													**$ 312.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 312.600**

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	$ 13.100	$ 13.100	$ 0	$ 0	$ 13.100
SUBTOTALES:									**$ 13.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1095802555	ZAMBRANO RIVERO DANIELA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.500.600				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.500.600	$ 400.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.100	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.500.600	$ 312.600	$ 0	$ 312.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.500.600	$ 1	$ 13.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 725.800

Planilla Pagada SOI

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

BBVA

Certificamos que DANIELA FERNANDA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1095802555, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DANIELA FERNANDA ZAMBRANO RIVERO con documento CC 1095802555, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7947176948	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	OCTUBRE/2024	Periodo Cotización Salud	OCTUBRE/2024
Fecha Pago	2024/11/06	Número de Autorización	1032956381

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

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

Planilla Pagada

