	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: 12

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	SOLA ARENAS				
NOMBRES	DINA LUZ				
CÉDULA	25.785.406				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	CÚCUTA	**UBICACIÓN**	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. NORTE DE SANTANDER	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	1.754	**VALOR TOTAL**	$	32.615.388,00		**CDP**	5120	**RP**	406120		
VIGENCIA	2.020	**DESDE**	15	ABR	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	**APORTE PARA PENSIÓN**	16%
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		**DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**		30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 5.435.898,00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 5.435.898,00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 347.900	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 271.800	**NOMBRE F. PENSION**	COLFONDOS
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 11.400	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705009 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el registro de tierras despojadas y abandonadas - RTDAF	100,00%	$ 5.435.898
TOTALES	100,00%	$ 5.435.898

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

1ª 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.

2ª 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. Articulo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

3ª 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

4ª 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.

Dina Sola Arenas

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, 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**	EDWARD FRANCISCO ÁLVAREZ TAFUR	**CARGO / ROL**	DIRECTOR TERRITORIAL	**DEPENDENCIA**	DT. NORTE DE SANTANDER
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

Digitally signed by Edward Francisco Álvarez Tafur
DN: c=CO, o=Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, ou=Dirección Territorial Norte de Santander, cn=Edward Francisco Álvarez Tafur, email=edward.alvarez@unidadvictimas.gov.co
Date: 2020.04.15 16:57:22 -05'00'

FIRMA: EDWARD FRANCISCO ÁLVAREZ TAFUR

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 PARA EL COTIZANTE CC 25785406
DESDE JUNIO 2020 HASTA JUNIO 2020

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406		
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DINA LUZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER		
DIRECCIÓN:	AV 1 # 31-79 APT 401 B SAN RAFAEL	TELÉFONO:	7922909		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO		

DATOS DEL COTIZANTE					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406		
APELLLIDOS:	SOLA ARENAS	NOMBRES:	DINA LUZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER		
TIPO COTIZANTE:	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUBTIPO COTIZANTE:			
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO		
TIPO DE SALARIO:					
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO		

PLANILLA No:	7755993777	TIPO DE PLANILLA:	I	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	mayo - 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	mayo - 2020	FECHA DE PAGO:	17/06/2020	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD					ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	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
																						SUBSISTENCI	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																								
$ 2.174.359																		231001-COLFONDOS	30	$ 2.174.359	$ 347.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.174.359	$ 271.800	$ 0	$ 271.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 2.174.359	25785406	$ 11.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 631.100

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

Formato No. 1 - AUTORIZACIÓN PARA OPTAR PAGO APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES DECRETO 558 DE 2020

Fecha 17/06/2020

Señor (a)
PAGADOR DE LA UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS
Ciudad,

Yo DINA LUZ SOLA ARENAS, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 25785406 de Montería, contratista de prestación de servicios de la Unidad de Restitución de Tierras, Opto de manera voluntaria a cotizar a pensión sobre el 16% [X] o el 3% [ ] durante el tiempo que establece Decreto Legislativo No. 558 de 2020, para las cotizaciones del periodo de mayo de 2020.

El ingreso base de cotización, continuará siendo el 40% del valor mensual de mis honorarios, con cargo al contrato No. 1754 de 2020.

Nota: acogiéndome a la disminución del porcentaje de aporte a pensión, soy consciente que se puede generar una variación en el valor de mi Retención en la Fuente y Retención de Ica.

Cordialmente,

Dina Luz Sola Arenas

Nombre: DINA LUZ SOLA ARENAS
C.C. No: 25.785.406

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

Formato No. 2 - AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE APORTE SOLIDARIO VOLUNTARIO COVID-19

Fecha 17/06/2020

Señor (a)
PAGADOR DE LA UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS
Ciudad,

Yo DINA LUZ SOLA RENAS, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 25.785.406 de Montería, contratista de prestación de servicios de la Unidad de Restitución de Tierras, de manera voluntaria **AUTORIZO** SI [ ] o NO [X] el descuento de mis honorarios del mes de junio de la presente vigencia, con cargo al contrato No. 1754 de 2020, correspondiente al valor descrito en el Artículo 9 del Decreto Legislativo No. 568 de 2020, como APORTE SOLIDARIO VOLUNTARIO por el Covid-19 con destino al Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME.

Cordialmente,

Dina Luz Sola Arenas

Nombre: DINA LUZ SOLA ARENAS

C.C. No: 25.785.406

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

Formato No. 3 - DEDUCIBLE PARA IMPUESTO SOLIDARIO COVID-19

CERTIFICACIÓN:

Yo, DINA LUZ SOLA ARENAS, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) NIT ( ) No. 25.785.406 expedida en Montería, con domicilio principal en la ciudad de Cúcuta, en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 568 DE 2020, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que tengo los siguientes contratos:

No CONTRATO	ENTIDAD	VALOR MENSUAL
1754	URT	$ 5.435.898

La anterior afirmación, con el fin de conocer los contratos de servicios profesionales vinculados a las entidades del estado de acuerdo al artículo 1º del Decreto 568 de 2020, estableció lo siguiente:

"(…) Impuesto solidario por el COVID 19. A partir del primero (01) de mayo de 2020 y hasta el treinta (31) de julio de 2020, créase con destinación específica para inversión social en la clase media vulnerable y en los trabajadores informales el impuesto solidario por el COVID 19, por el pago o abono en cuenta mensual periódico de salarios de diez millones de pesos (10.000.000) o más de los servidores públicos en los términos del artículo 123 de la Constitución Política, por el pago o abono en cuenta mensual periódico de los honorarios de las personas naturales vinculadas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión vinculados a las entidades del Estado de diez millones de pesos (10.000.000) o más; y por el pago o abono en cuenta mensual periódico de la mesada pensional de las megapensiones de los pensionados de diez millones de pesos (10.000.000) o más, que será trasladado al Fondo de Mitigación de Emergencias -FOME al que se refiere el Decreto Legislativo 444 de 2020. (…)"

El valor descontado será proporcional, de acuerdo al valor mensual de los honorarios que tenga el contratista con la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas – UAEGRTD.

Esta declaración la hago a los 23 días del mes junio 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.

Dina Luz Sola Arenas

NOMBRE: DINA LUZ SOLA ARENAS
CC: 25.785.406