| | 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** | VALENCIA CAICEDO | | | | |
| **NOMBRES** | ANAMARIA | | | | |
| **CÉDULA** | 67.045.495 | | | | |
| **CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO** | CALI | **UBICACIÓN** | DIRECCIÓN_TERRITORIAL | DT. VALLE DEL CAUCA - CALI | |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO N°** | 334 | **VALOR TOTAL** | $ | 65.230.776,00 | | **CDP** | 8720 | **RP** | 49220 | | |
| **VIGENCIA** | 2.020 | **DESDE** | 24 | ENE | 2.020 | **HASTA** | | 31 | DIC | 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** | 6 | **APORTE PARA PENSIÓN** | 3% |
| **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 (3%) (*)** | $ 65.200 | **DATOS SEGURIDAD SOCIAL** | |
| **APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)** | $ 271.800 | **NOMBRE F. PENSION** | PROTECCION |
| **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR** | UNO (I) | **NOMBRE EPS** | SANITAS |
| **APORTES ARL (**) MES ANTERIOR** | $ 11.400 | **NOMBRE ARL** | POSITIVA |
| **APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL** | $ - | | |

**NÚMERO DE ACTIVIDADES** | **2**

| ACTIVIDAD | % | VALOR |
|---|---|---|
| C-1705-1100-5-0-1705009 Caracterizar las condiciones de vida inicial posterior y los efectos del despojo en los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, atendiendo el marco normativo y los términos del proceso de restitución de territorios despojados | 90,02% | $ 4.893.395 |
| C-1705-1100-5-0-1705017 Elaborar la solicitud de restitución (demanda) de derechos territoriales de los grupos étnicos y representar judicialmente a los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras ante los jueces y magistrados de restitución de tierras | 9,98% | $ 542.503 |
| | | |
| TOTALES | 100,00% | $ 5.435.898 |

## DATOS BANCARIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO** | BANCOLOMBIA | **TIPO** | AHORROS | **No. CTA** | 82549925070 |

**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 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.

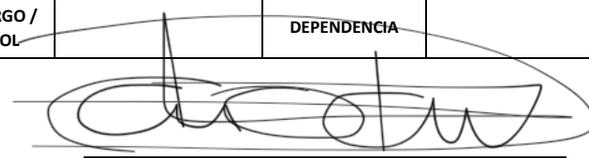


FIRMA: ANAMARIA VALENCIA CAICEDO

## 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** | SANDRA PAOLA NIÑO NIÑO | **CARGO / ROL** | DIRECTORA | **DEPENDENCIA** | DT. VALLE DEL CAUCA - CALI |
| 1 | **NOMBRE** | | **CARGO / ROL** | | **DEPENDENCIA** | |



FIRMA: SANDRA PAOLA NIÑO NIÑO

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

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

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

Junio 23 de 2020

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

Yo Anamaria Valencia Caicedo, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 67045495 de Cali, contratista de prestación de servicios de la Unidad de Restitución de Tierras, Opto de manera voluntaria a cotizar a pensión sobre el 16% [ ] o el 3% [x] 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. 334 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,

Anamaria Valencia C

Anamaria Valencia Caicedo
CC. 67045495

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

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

Junio 23 de 2020

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

Yo Anamaria Valencia Caicedo, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 67045495 de Cali, 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. 334 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,

Anamaria Valencia C

Anamaria Valencia Caicedo
CC. 67045495

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

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

## CERTIFICACIÓN:

Yo, Anamaria Valencia Caicedo, identificado (a) con C.C. (x ) C.E. ( ) NIT ( ) No. 67045495 expedida en Cali, con domicilio principal en la ciudad de Cali, 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 |
|---|---|---|
| 334 | Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD | $ 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.

Anamaria Valencia C

Anamaria Valencia Caicedo
CC. 67045495

# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-06-25, 03:13:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1029779108

**Periodo Cotización:** mayo de 2020 **Periodo Servicio:** mayo de 2020

## PAGADO 09/06/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANAMARIA VALENCIA CAICEDO | | |
| **Documento** | CC67045495 | **Dirección** | CL 55 #99 - 250 APTO 203 TORRE 2 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3717802 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | CALI | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 67045495 | ANAMARIA VALENCIA CAICEDO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.174.359 | $ 65.300 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.174.359 | $ 271.800 | 0,522 | $ 2.174.359 | $ 11.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 348.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.174.359 | $ 2.174.359 | $ 2.174.359 | $ 0 | $ 65.300 | $ 271.800 | $ 11.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 348.500 | $ 0 | $ 348.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2020-06-09, 08:14:03 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | mayo de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2020 |
| **Empresa** | ANAMARIA VALENCIA CAICEDO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 67045495 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1029779108 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 648980904 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 348.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 65.300 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1 | $ 271.800 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 11.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 348.500 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 348.500 |

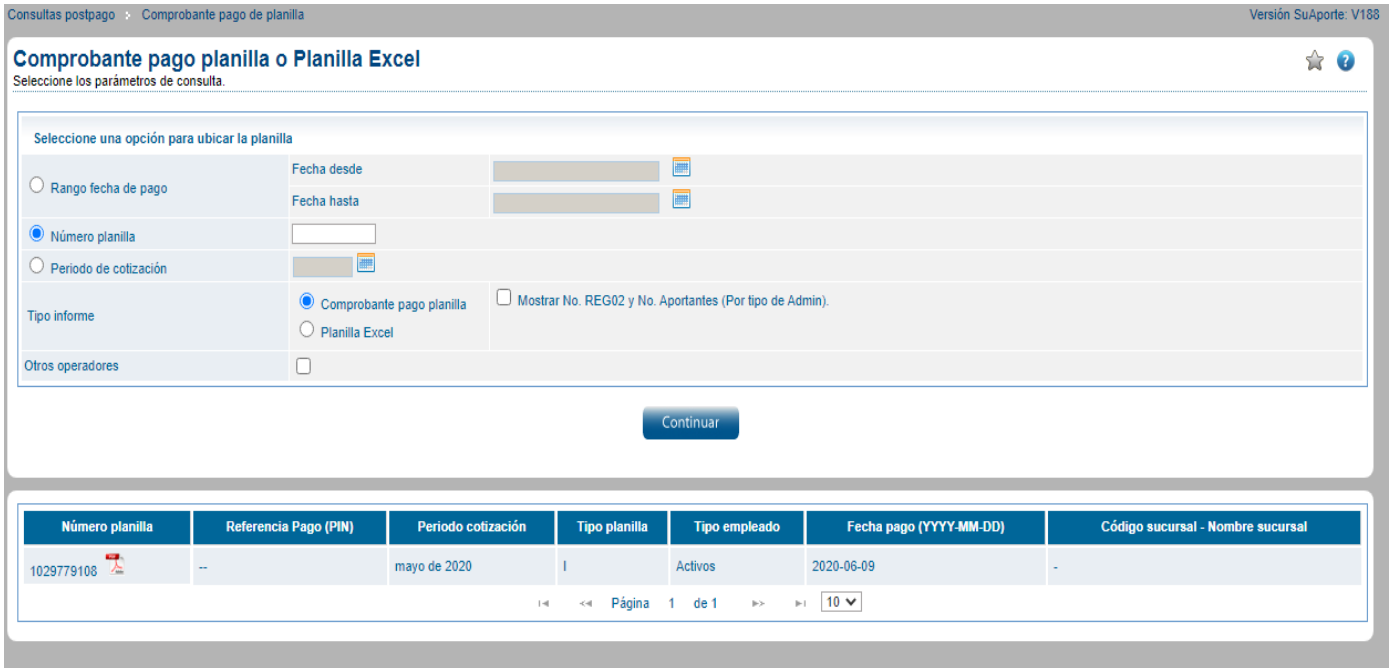


**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!


Consultas postpago
Comprobante pago de planilla
Versión SuAporte: V188
Comprobante pago planilla o Planilla Excel
Seleccione los parámetros de consulta.
Seleccione una opción para ubicar la planilla
Rango fecha de pago
Fecha desde
Fecha hasta
Número planilla
Periodo de cotización
Tipo informe
Comprobante pago planilla
Planilla Excel
Mostrar No. REG02 y No. Aportantes (Por tipo de Admin).
Otros operadores
Continuar
Número planilla
Referencia Pago (PIN)
Periodo cotización
Tipo planilla
Tipo empleado
Fecha pago (YYYY-MM-DD)
Código sucursal - Nombre sucursal
1029779108
--
mayo de 2020
I
Activos
2020-06-09
-
Página 1 de 1
10