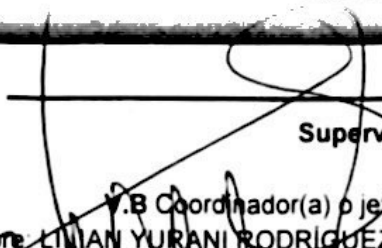
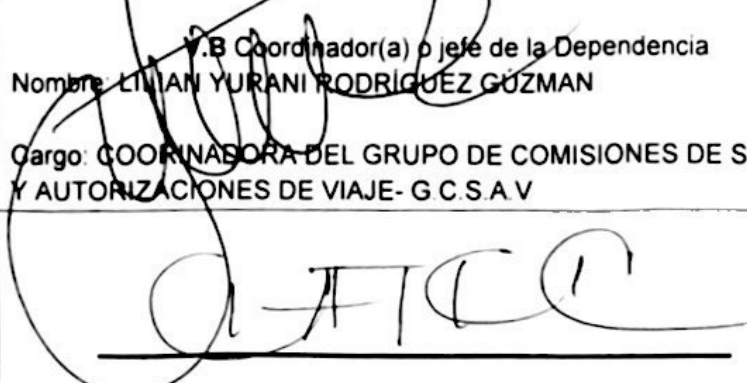
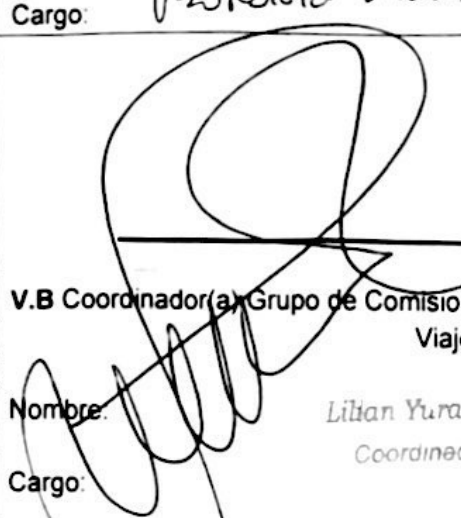
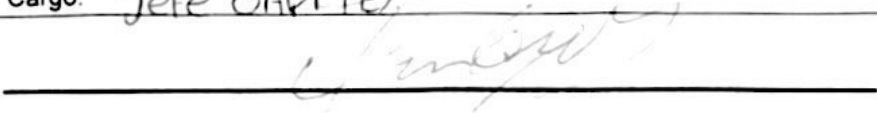


 Unidad Nacional de Protección	FORMATO PAZ Y SALVO CONTRATISTAS	 Interior
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	UNIDAD NACIONAL DE PROTECCIÓN	

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señor(a) LUZ KARINA BAYONA DIA identificada con cédula de ciudadanía N° 1093912381 expedida en TIBÚ NORTE DE SANTANDER, prestó sus servicios en la Unidad Nacional de Protección en la dependencia SECRETARÍA GENERAL – G.C.S.A.V. y quien una vez agotado el plazo de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 0493 del 2024 celebrado con la UNP, efectuando la respectiva entrega de los elementos reintegrables y claves de los sistemas de información que se encontraban a su custodia, conforme a lo siguiente:

DESCRIPCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN Y VO-BO COORDINADOR DE GRUPO	CERTIFICA
El Supervisor del Contrato No. 0493 del 2024, declara que ha verificado el desarrollo de las Obligaciones Específicas / Generales y garantiza que el contratista ejecutó y cumplió con las obligaciones consignadas en el contrato. En mérito de lo anterior se deja constancia del cumplimiento a satisfacción del objeto contratado.	 Supervisor V.B Coordinador(a) o jefe de la Dependencia Nombre: <u>LILIAN YURANI RODRIGUEZ GUZMAN</u> Cargo: <u>COORDINADORA DEL GRUPO DE COMISIONES DE SERVICIO Y AUTORIZACIONES DE VIAJE- G C S A V</u>
El contratista hizo entrega de los elementos físicos devolutivos que estaban a su cargo y uso; no posee trámites y legalizaciones de comisiones y reintegros.	 V.B Coordinador(a) o Almacenista del Grupo Almacén General Nombre: <u>Natalia Moná</u> Cargo: <u>Profesora Universitaria</u> <u>Andrés</u> <u>05/12/24</u>
	 V.B Coordinador(a) Grupo de Comisiones de Servicio y Autorizaciones de Viaje Nombre: <u>Lilian Yurani Rodríguez G</u> Cargo: <u>Coordinadora G C S A V</u> <u>Yolanda</u>

 Unidad Nacional de Protección	FORMATO PAZ Y SALVO CONTRATISTAS	 Interior
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	UNIDAD NACIONAL DE PROTECCIÓN	

DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA	VERIFICACIÓN
VO-BO COORDINADOR DE GRUPO	
El contratista hizo entrega del celular institucional que tiene a su cargo	 V.B. Coordinador(a) Grupo de Implementación Nombre: _____ Cargo: _____
El contratista hizo entrega de los elementos intangibles / Sistemas de Información asignados, las claves de acceso al equipo de cómputo y contraseñas asignadas.	 V.B. Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información Nombre: <u>Javier Francisco Rodríguez</u> Cargo: <u>Jefe OAPI (E)</u>
El contratista realizó la entrega del carné institucional.	 V.B. Coordinador(a) Grupo de Gestión Administrativa Nombre: <u>Diana Sauley Gómez Muñoz</u> Cargo: <u>Coordinadora Grupo Gestión Administrativa</u>
El contratista ha hecho entrega de la documentación solicitada a esta dependencia, prestada para consulta con ocasión a su cargo y de igual manera entregó el SIGOB debidamente depurado, sin correspondencia por tramitar.	 V.B. Coordinador(a) Grupo de Gestión Documental Nombre: <u>Fredy M. Grisales A.</u> Cargo: <u>Profesional Especializado</u>

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 31 días del mes diciembre de 2024.

GCT-FT-17/V5

Oficialización: 15/11/2024

Página 2 de 4

CUENTA DE COBRO No. 12

Bogotá 29 de diciembre de 2024.

UNIDAD NACIONAL DE PROTECCION

NIT: 900475780-1

DEBE A:

LUZ KARINA BAYONA DIAZ

1093912381-4

Contrato No. 0493 de 2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES VEINTISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$5.026.666) M/CTE.

CONCEPTO DE PAGO: Corresponde al pago por servicios profesionales prestados en el área de secretaria general, al Grupo de Comisión de Servicios y Autorización de Viajes.

Periodo: CON CORTE AL 29 DE DICIEMBRE 2024

Lugar de ejecución: BOGOTÁ

CERTIFICO: QUE EL 80% O MAS DE MIS INGRESOS BRUTOS, PROVIENEN DE SERVICIOS PERSONALES, MEDIANTE EL EJERCICIO DE PROFESIONES LIBERALES O SERVICIOS TECNICOS QUE NO REQUIERAN LA UTILIZACION DE MATERIALES O INSUMOS ESPECIALIZADOS O DE MAQUINARIA O EQUIPO ESPECIALIZADOS, SEGÚN ARTICULO 1 DECRETO 099 DE ENERO 25 DE 2.013.

NOTA: Manifiesto no tener personas subcontratadas asociadas a las actividades desarrolladas en la Unidad Nacional de Protección.

DIRECCION: Calle 85# 9-21

TELEFONO: 3014075216

AUTORIZO QUE MI PAGO SE REALICE EN BANCO: Davivienda

CUENTA No: 26600281674 CTA. CORRIENTE: __ CTA. DE AHORRO x

LUZ KARINA BD

LUZ KARINA BAYONA DIAZ

FIRMA Y NOMBRE

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1093912381	LUZ KARINA BAYONA DIAZ		cra 42c 83-31 los nogales	3781881	karibayona@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82173937	\$603.700
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	260.000	0		0		0	0	0	0	260.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	332.800	0	0	0	0	0	0		332.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.900				10.900	0	0	10.900			109	10.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	260.000	260.000
Pensión	1	332.800	332.800
Riesgos Laborales	1	10.900	10.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	603.700	603.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1093912381	LUZ KARINA BAYONA DIAZ		cra 42c 83-31 los nogales	3781881	karibayona@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2024-11	2024-11	I	29/11/2024	82173937	\$603.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1093912381	BAYONA DIAZ LUZ KARINA				59	0		N																	230301	2.080.000	332.800	0	0	0	0	EPS037	2.080.000	260.000	14-23	2.080.000	1	10.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1093912381	LUZ KARINA BAYONA DIAZ		cra 42c 83-31 los nogales	3781881	karibayona@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	03/12/2024	82320925	TOTAL A PAGAR \$603.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	260.000	0		0		0	0	0	0	260.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	332.800	0	0	0	0	0	0		332.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.900				10.900	0	0	10.900			109	10.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	260.000	260.000
Pensión	1	332.800	332.800
Riesgos Laborales	1	10.900	10.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	603.700	603.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1093912381	LUZ KARINA BAYONA DIAZ		cra 42c 83-31 los nogales	3781881	karibayona@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	03/12/2024	82320925	\$603.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	1093912381	BAYONA DIAZ LUZ KARINA	59	0		N																		230301	2.080.000	332.800	0	0	0	0	0	EPS037	2.080.000	260.000	14-23	2.080.000	1	10.900		0	0	0	0	0	0

PAGADA