

	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: 11	

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		4			
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA		DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		30			

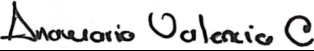
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$	5.435.898,00	NUMERO DE FACTURA	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)			BASE GRAVABLE	\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$	5.435.898,00	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$	347.900	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$	271.800	NOMBRE F. PENSION	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 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 los plazos establecidos en el Artículo 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.					
<div><div></div><div>FIRMA: ANAMARIA VALENCIA CAICEDO</div></div>					

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	MARIA DEL MAR CHAVES CHAVARRO	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL ENCARGADA	DEPENDENCIA	DT. VALLE DEL CAUCA - CALI
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	



FIRMA: MARIA DEL MAR CHAVES CHAVARRO

FIRMA:



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	2020-04-02, 10:02:44 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2020
Empresa	ANAMARIA VALENCIA CAICEDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 67045495
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1028443644
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	591123889
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 631.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	\$ 347.900	\$ 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:				\$ 631.100	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 631.100

Autoliquidaciones

Seleccione los parámetros de consulta con los que desea generar el reporte de autoliquidaciones.



Seleccione una opción para ubicar la planilla

☐ Rango fecha de pago	Fecha desde	<input type="text"/>	
	Fecha hasta	<input type="text"/>	
☐ Número planilla	<input type="text"/>		
☒ Periodo de cotización	<input type="text" value="2020-03"/>		

Seleccione los filtros por los que desea generar el informe

Pago	☒ Activo ☐ Pensionado
Centro de trabajo	<input type="text"/>
Código de asociación	<input type="text"/>
Tipo de administradora (*)	<input type="text" value="Consolidado"/>
Nombre administradora (*)	<input type="text" value="----"/>
Ordenar por	☒ Documento ☐ Apellidos y nombres
Otros operadores	☐

Continuar

Número planilla	Referencia pago (PIN)	Fecha de pago (YYYY-MM-DD)	Periodo de cotización	Código sucursal - Nombre sucursal
1028443644	0	2020-04-02	marzo de 2020	-

Página 1 de 1