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	MUÑOZ ROJAS				
NOMBRES	JAIME RODRIGO				
CÉDULA	5.824.549				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	**UBICACIÓN**	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CATASTRAL	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	176	**VALOR TOTAL**	$	51.252.957,00	**CDP**	5620	**RP**	20320		
VIGENCIA	2.020	**DESDE**	14	ENE	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**	7	**APORTE PARA PENSIÓN**	16%
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA		**DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**		30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 5.694.773,00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 5.694.773,00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 364.500	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 284.700	**NOMBRE F. PENSION**	PORVENIR
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	SALUD TOTAL
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 11.900	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705009 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso o no al registro de tierras despojadas y abandonadas	100,00%	$ 5.694.773
TOTALES	100,00%	$ 5.694.773

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BBVA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	0181296377

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 articulo 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 articulo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el articulo 244 de la ley 1955 del 2019.

FIRMA: JAIME RODRIGO MUÑOZ ROJAS

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**	JUAN PABLO DIAZ LASCAR	**CARGO / ROL**	DIRECTOR TÉCNICO	**DEPENDENCIA**	DIRECCIÓN CATASTRAL
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

FIRMA: JUAN PABLO DIAZ LASCAR

FIRMA:

DATOS COMPLETOS: Los campos marcados como obligatorios han sido diligenciados oportunamente. Verifique la información antes de imprimir, el medio ambiente es asunto de todos

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	5824549	JAIME RODRIGO MUÑOZ ROJAS	CALLE 15A N 7-111	2630775	royrvs@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	14/07/2020	44063173	$661.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	284.800	0		0		0	0	0	0	284.800	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	364.500	0	0	0	0	0	0		364.500	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	11.900				11.900	0	0	11.900			119	11.900	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	284.800	284.800
Pensión	1	364.500	364.500
Riesgos Laborales	1	11.900	11.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	661.200	661.200

PAGADA
44063173

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5824549	JAIME RODRIGO MUÑOZ ROJAS		CALLE 15A N 7-111	2630775	royrvs@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

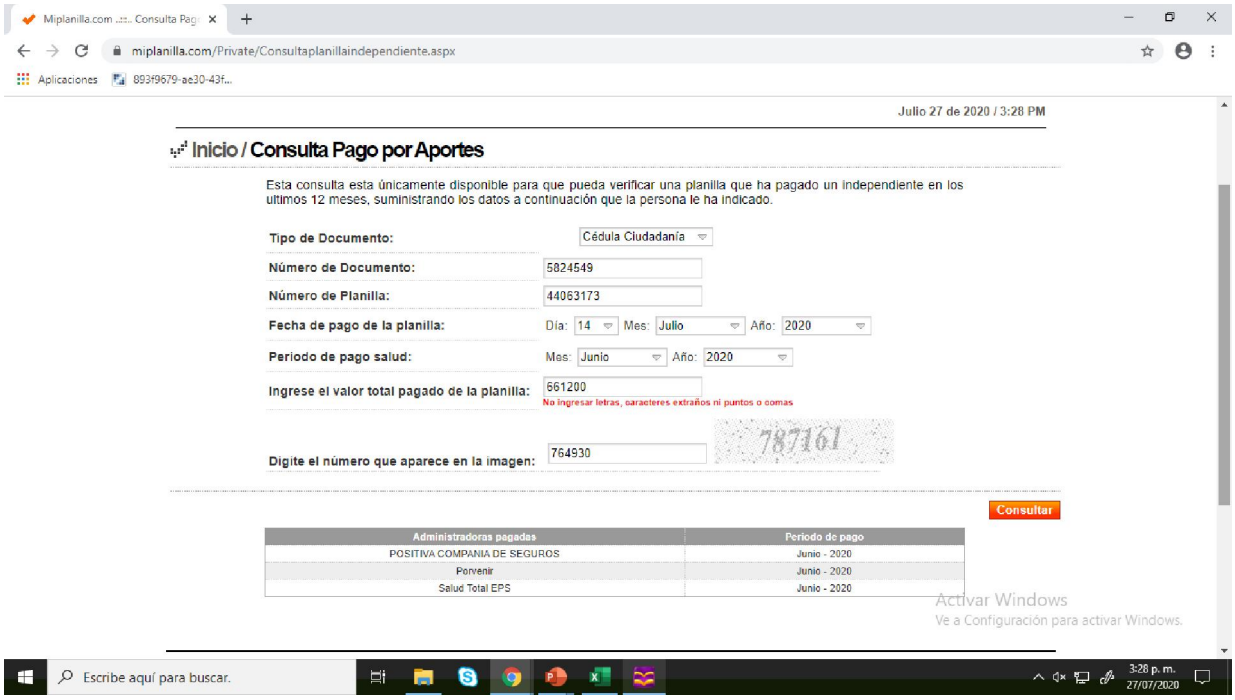
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	14/07/2020	44063173	$661.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	5824549	MUÑOZ ROJAS JAIME RODRIGO	59	0			N																	230301	2.277.910	364.500	0	0	0	0	EPS002	2.277.910	284.800	14-23	2.277.910	1	11.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


Miplanilla.com .::. Consulta Pag
miplanilla.com/Private/Consultaplanillaindependiente.aspx
Aplicaciones
893f9679-ae30-43f...
Julio 27 de 2020 / 3:28 PM
Inicio / Consulta Pago por Aportes
Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.
Tipo de Documento:
Cédula Ciudadanía
Número de Documento:
5824549
Número de Planilla:
44063173
Fecha de pago de la planilla:
Día: 14 Mes: Julio Año: 2020
Periodo de pago salud:
Mes: Junio Año: 2020
Ingrese el valor total pagado de la planilla:
661200
No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:
764930
787161
Consultar
Administradoras pagadas
Periodo de pago
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Junio - 2020
Porvenir
Junio - 2020
Salud Total EPS
Junio - 2020
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
Escribe aquí para buscar.
3:28 p. m.
27/07/2020

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

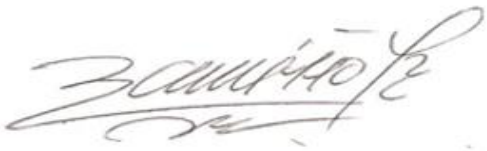
Formato No. 2 - AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE APORTE SOLIDARIO VOLUNTARIO COVID-19

Fecha 27 de julio de 2020.

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

Yo Jaime Rodrigo Muñoz Rojas, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 5.824.549 de Ibagué, 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 **julio** de la presente vigencia, con cargo al contrato No. 176 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,



Nombre: Jaime Rodrigo Muñoz R.

C.C. No: 5.824.549 de Ibagué.

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

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

CERTIFICACIÓN:

Yo, Jaime Rodrigo Muñoz Rojas, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) NIT ( ) No. 5.824.549 expedida en Ibagué, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., 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:

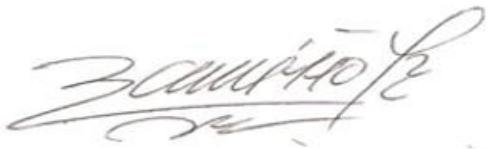
No CONTRATO	ENTIDAD	VALOR MENSUAL
176 - 2020	Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD.	$ 5.694.773,oo

La anterior afirmación para Autorizar el descuento 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 27 días del mes julio 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.



NOMBRE: Jaime Rodrigo Muñoz Rojas.
CC No. 5.824.549