	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	DELGADO TAPIAS			
NOMBRES	LILIANA RAFAELA			
CÉDULA	1,016,060,852			
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	**UBICACIÓN**	DEPENDENCIA	COJAI-FONDO

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	896	**VALOR TOTAL**	$		68,337,742.00	**CDP**	7620	**RP**		99220	
VIGENCIA	2,020	**DESDE**	28	ENE	2,020	**HASTA**		15	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**	2
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	**DIAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**	30

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 6,212,522.00	**NUMERO DE FACTURA**	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		**BASE GRAVABLE**	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 6,212,522.00	**IVA**	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 397,600	**DATOS SEGURIDAD SOCIAL**	
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 310,600	**NOMBRE F. PENSION**	COLPENSIONES
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	**NOMBRE EPS**	ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 13,000	**NOMBRE ARL**	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES 1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705016 Realizar actividades relacionadas con la operación, ejecución e implementación de órdenes judiciales impartidas a la Unidad de Restitución de Tierras	100.00%	$ 6,212,522
TOTALES	100.00%	$ 6,212,522

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCOLOMBIA	**TIPO**	AHORROS	**No. CTA**	18849673935

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 conforidad 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: LILIANA RAFAELA DELGADO TAPIAS

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 PARRA ROJAS	**CARGO / ROL**	LÍDER ADMINISTRACIÓN DEL FONDO	**DEPENDENCIA**	COJAI-FONDO
1	**NOMBRE**		**CARGO / ROL**		**DEPENDENCIA**	

FIRMA: JUAN PABLO PARRA ROJAS

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