	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: 13

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	SOLA ARENAS				
NOMBRES	DINA LUZ				
CÉDULA	25.785.406				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	CÚCUTA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. NORTE DE SANTANDER	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	1.754	VALOR TOTAL	$	48.923.082,00		CDP	5120	RP	406120		
VIGENCIA	2.020	DESDE	15	ABR	2.020	HASTA		31	DIC	2.020	
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES										

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?	SI	DESDE	1	OCT	2020	HASTA		31	DIC	2020
VALOR ADICIÓN	$	16.307.694,00	REDUCCIÓN			VALOR				
¿CESIÓN? No.	CEDENTE		FECHA				VALOR CESIÓN			
	CESIONARIO		DESDE							
¿SUSPENSIÓN?			DESDE			HASTA				
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?			FECHA							

INFORMACION PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	8	APORTE PARA PENSIÓN	16%
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. PENSIÓN	COLFONDOS
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)	NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 11.400	NOMBRE ARL	POSITIVA
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-5-0-1705009 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el registro de tierras despojadas y abandonadas - RTDAF	100,00%	$ 5.435.898
TOTALES	100,00%	$ 5.435.898

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO AV VILLAS	TIPO	AHORROS	No. CTA	550792761

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.

Dina Luz Sola Arenas

FIRMA: DINA LUZ SOLA ARENAS

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 INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓÑN SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (según corresponda), 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	EDWARD FRANCISCO ALVAREZ TAFUR	CARGO / ROL	DIRECTOR TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. NORTE DE SANTANDER
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: EDWARD FRANCISCO ALVAREZ TAFUR

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 25785406
DESDE NOVIEMBRE 2020 HASTA NOVIEMBRE 2020

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DINA LUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	AV 1 # 31-79 APT 401 B SAN RAFAEL	TELÉFONO:	7922909
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS DEL COTIZANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785406
APELLIDOS:	SOLA ARENAS	NOMBRES:	DINA LUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
TIPO COTIZANTE:	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:			NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

PLANILLA No:	7770695774	TIPO DE PLANILLA:	I	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	octubre - 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	octubre - 2020	FECHA DE PAGO:	18/11/2020	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																PENSIÓN										SALUD							ARP				PARAFISCALES									
																				FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 2.174.359																		231001-COLFONDOS	30	$ 2.174.359	$ 347.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 347.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.174.359	$ 271.600	$ 0	$ 271.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 2.174.359	25785406	$ 11.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 631.100

Planilla Pagada

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____