



ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

PAGINA 1 DE 1

PROCESO GESTION JURIDICA Y CONTRACTUAL

CODIGO: GJC-FO-01

CERTIFICACION DE AUTORIZACION DE PAGO PARA  
CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS

VERSIÓN: FECHA:  
1 20/04/2018

**INFORMACION DE CONTRATISTA**

NOMBRES TATIANA PATRICIA  
APELLIDOS ORTIZ HOYOS  
CEDULA 1113670794

**INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

CONTRATO No.	24	VALOR TOTAL	\$ 54.450.000	CDP	22
VIGENCIA	2026	DESDE	1/02/2026	HASTA	31/12/2026
ADICION Y PORROGA		DESDE		HASTA	VALOR
CESION		DESDE		VALOR CESION	
SUSPENSION		DESDE		HASTA	
TERMINACION ANTICI		FECHA			

**INFORMACION DEL PAGO**

PENSIONADO	NO	NUMERO DE PAGO	3-ABRIL
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO			\$ 4.950.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO			\$ 4.950.000
TOTAL			\$ 4.950.000
APORTE OBLIG. PENSION 16%			\$ 316.800
APORTE OBLIG. SALUD 12.5%			\$ 247.500
CLASIFICACION DEL RIESGO ARL			1
APORTES ARL			\$ 10.400

El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios a pension, salud, deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir el IVA), en este valor deben estar excluidos, los intereses de mora si estos fueron causados

**CERTIFICACION DEL CONTRATISTA**

- Anexo 1. Anexo factura original (si aplica) aportes obligatorios a pension, salud, arl (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
- Anexo 2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte de pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato sujeto a retencion en la fuente a titulo de renta articulo 4 decreto 2271 del 18 de junio de 2009.

FIRMA CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CARGO**

**JAIME ALONSO BOLAÑOS BOLAÑOS**

En mi calidad de supervisor del presente contrato de prestacion de servicios, certifico el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato de informe de actividades y certificacion del supervisor, el cual sera remitido en original a la oficina de Tesoreria para su inclusion en el expediente contractual, razon por la cual se autorizo el pago

FIRMA DEL SUPERVISOR

	<b>ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE NARIÑO</b>				PÁGINA:		
	<b>GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRACTUAL</b>				CODIGO: GJC-FO-04		
	<b>INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN</b>				VERSIÓN 1	FECHA: 02/04/2018	
NOMBRE:	TATIANA PATRICIA ORTIZ HOYOS			C.C. No:	1113670794		
N° CONTRATO:	24	AÑO CONTRATO:	2026	VIGENCIA DESDE:	1/02/2026	HASTA:	31/12/2026
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>							
Prestar sus servicios como UNIDAD DE APOYO del Diputado JAIME ALONSO BOLAÑOS BOLAÑOS en la Asamblea Departamental de Nariño, con plena autonomía técnica y administrativa							
NÚMERO DE PAGO			3-ABRIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:			JAIME ALONSO BOLAÑOS BOLAÑOS				
<b>DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO</b>							
<b>DETALLAR OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO</b>			<b>DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO</b>				
Apoyar al Diputado en el cumplimiento de su función de control político en la elaboración, proyección y redacción de cuestionarios a las diferentes secretarías, Gerentes de las entidades descentralizadas de la Administración Departamental y demás funcionarios de los niveles administrativos Nacional, Departamental y Municipal.			El contratista brindo apoyo al Diputado en sus funciones de control político en la elaboración, proyección y redacción de cuestionarios a las diferentes secretarías, Gerentes de las entidades descentralizadas de la Administración Departamental y demás funcionarios de los niveles administrativos Nacional, Departamental y Municipal.				
Apoyo al Diputado en actividades que conlleven la elaboración de ponencias que le sean asignadas.			Durante este periodo no fue necesario brindo apoyo al diputado en la elaboración de la ponencia de primer y segundo debate				
Elaboración, proyección, y redacción de proposiciones, notas de duelo y reconocimientos del Diputado			Durante el presente periodo no fue necesario la elaboración, proyección, y redacción de proposiciones, notas de duelo y reconocimientos				
Participar activamente en las actividades administrativas y misionales que organice la Asamblea Departamental de Nariño.			El contratista participó activamente de las actividades administrativas y misionales que organizó la Asamblea Departamental de Nariño.				
Difusión activa de la Información publicada en las redes sociales oficiales de la Asamblea Departamental de Nariño.			El contratista realizo la difusión activa de la información publicada en las redes sociales oficiales de la Asamblea Departamental de Nariño, a través de whatsapp.				
Las demás actividades asignadas por el supervisor con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones suscritas por el contratista			El contratista realizo las demas actividades asignadas por el supervisor en el marco del cumplimiento del objeto del convenio				
<b>Productos y/o Otros Anexos</b>							
<b>Observaciones o Información Adicional</b>							
 <b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b>							
<b>CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>							
<hr/> <b>Apoyo Archivo</b>							
En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe							
 <b>FIRMA DEL SUPERVISOR</b>							



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CUBIERTA UNICOD: TIPO APORTANTE: FORMA DE EMPRESA: APORTANTE EXPRESADO PASO APORTES SALUD, SEPA E CBF (REFORMA TRIBUTARIA)	CÉDULA DEL CIUDADANO: PASTO: CUBIERTA UNICOD: CLASE APORTANTE: PRIVILEGIO: UNICO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: FECHA DE INGRESO: FECHAS DE PAGO (año mes día)	MES: AÑO: MES: AÑO: NÚMERO AUTOLIQUIDACIÓN: NÚMERO PLANILLA OTROS: INDEPENDIENTE (para autónomos) Actividades reguladas y beneficiarias de la ley	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: FECHA DE INGRESO: FECHAS DE PAGO (año mes día)	MES: AÑO: MES: AÑO: NÚMERO AUTOLIQUIDACIÓN: NÚMERO PLANILLA OTROS: INDEPENDIENTE (para autónomos) Actividades reguladas y beneficiarias de la ley
--	---	--	--	--	--

NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EXCLUSIÓN	CONTINENTE	SOLIDARIDAD	SEPTUAGINTA	MORA	FSP	ACORTES	TOTALES	VALOR PAGADO
1	1314.00							1314.00	1314.00	1314.00

NO. COTIZANTES	INDEMNIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	VALOR	MORA	ACORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1								1314.00		1314.00

NO. COTIZANTES	INDEMNIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	VALOR	MORA	ACORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1								1314.00		1314.00

NO. COTIZANTES	INDEMNIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	VALOR	MORA	ACORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1								1314.00		1314.00

NO. COTIZANTES	INDEMNIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	VALOR	MORA	ACORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1								1314.00		1314.00