

	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS				PAGINA: 1 DE 1			
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA				CÓDIGO: GF-FO-05			
	CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				VERSIÓN: 17			

Clasificación de la Información: Pública ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

16/01/2025

Fecha de aprobación:

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
APELLIDOS		BUENAVENTURA CRUZ							
NOMBRES		GUILLERMO							
CÉDULA		16 704 378							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		BOGOTÁ		UBICACIÓN		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS	

INFORMACIÓN INICIAL DEL CONTRATO									
CONTRATON*		1 085		VALOR TOTAL		\$ 62 778 000,00		CDP 8326 RP 63226	
VIGENCIA		2026		DESDE		13 ENE 2 026		HASTA 30 JUN 2 026	
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 ANICIPIADA?				FECHA					

INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		4		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 4.185.200,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 10.463.000,00		NÚMERO DE FACTURA			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 10.463.000,00		IVA		\$	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 669.600		DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 523.200		NOMBRE F. PENSIÓN		COLPENSIONES	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE EPS		COMPENSAR	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 21.800		NOMBRE ARL		POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$					

NÚMERO DE ACTIVIDADES		2					
ACTIVIDAD			%		VALOR		
C-1705-1100-B-10106A-1705028-02 Realizar la adopción de informes de caracterización de afectaciones territoriales			80,00%		\$ 8 370 400,00		
C-1705-1100-B-10106A-1705028-02 Radicar las demandas de restitución de derechos territoriales			20,00%		\$ 2 092 600,00		
TOTALES			100,00%		\$ 10 463 000,00		
DATOS BANCARIOS							
BANCO		SCOTIABANK COLPATRIA S.A.		TIPO		AHORROS	
				No. CTA		6912024707	

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 la ley de renta Artículo 4 Decreto 2273/18 de junio de 2009.						
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, será responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar.						
4º De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizan al Sistema de Seguridad Social Integral sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas (IVA).						
FIRMA: GUILLERMO BUENAVENTURA CRUZ						

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 CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN (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.						
Nº DE SUPERVISORES	NOMBRE	ENELIA SALINAS CHIVATA	CARGO /ROL	DIRECCIÓN ASUNTOS ÉTNICOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS
1	NOMBRE		CARGO /ROL		DEPENDENCIA	
FIRMA: ENELIA SALINAS CHIVATA						