

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:

GFI-FT-006

Versión:

006

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	Maria Andrea				
NOMBRES	Lagos Vaquiro				
CÉDULA	52.971.213				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	Bogota	SEDE	NIVEL Central	DIRECCIÓN TÉCNICA DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN Y LOCALIZACIÓN PARA LA	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	124	VALOR TOTAL	\$	22.246.000,00	CDP	4522	RP	21522	
VIGENCIA	2.022	FECHA DE INICIO	1	FEB	2.022	FECHA TERMINACIÓN	31	AGO	2.022
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN								

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		PRÓRROGA DESDE		PRÓRROGA HASTA	
VALOR ADICIÓN		REDUCCIÓN		VALOR REDUCCIÓN	
¿CESIÓN?	No.	CEDENTE	FECHA SUSCRIPCIÓN CESIÓN	VALOR CESIÓN	
		CESIONARIO	FECHA INICIO CESIÓN		
¿SUSPENSIÓN?		DESDE		HASTA	
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA			

4. INFORMACIÓN PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	1	MES	FEBRERO
RESPONSABILIDAD IVA	NO RESPONSABLE DE IVA	DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	30		

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		NUMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	\$ 3.178.000,00	BASE GRAVABLE	\$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 203.400	IVA	\$ -
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 158.900	DATOS SEGURIDAD SOCIAL	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL	UNO (I)	FONDO DE PENSIÓN	PORVENIR
APORTES ARL (**)	\$ 6.600	EPS	SANITAS
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	\$ -	ARL	POSITIVA
		MÉTODO DE COTIZACIÓN	VENCIDO

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BCSC	TIPO	AHORROS	No. CTA	24077805319
--------------	------------	-------------	---------	----------------	-------------

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.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, seré responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

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 El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual, se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se realizará la respectiva devolución.

FIRMA: Lagos Vaquiro Maria Andrea

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

N° DE SUPERVISORES	NOMBRE	Lina Maria Ramos Aranda	CARGO / ROL	Sub-Directora General Técnica y Territorial	DEPENDENCIA	SUBDIRECCIÓN GENERAL TÉCNICA Y TERRITORIAL
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato **GCO-FT-020**, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, ARL, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

Firma, fecha y hora del radicado:

(Campo exclusivo para ser diligenciado por la SAF, cuando se realiza radicación física)

FIRMA: Lina Maria Ramos Aranda

FIRMA:



DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Código:

GFI-FT-013

Versión:

003

Artículo 1.6.1.4.12 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria;
Resolución No.000042 de 2020 de la DIAN.

FECHA

28

FEBRERO

2022

CONSECUTIVO NUMERACIÓN AUTORIZADO POR LA DIAN

1364

(Este consecutivo será asignado por la SAF - Grupo de Gestión Financiera y Contable)

ADQUIRENTE: UNIDAD DE BUSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS EN EL CONTEXTO Y EN RAZON DEL CONFLICTO
ARMADO - UBPD

NIT : 901.158.482 - 4

PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Maria Andrea Lagos Vaquiro

C.C. / NIT

52971213

DIRECCIÓN

Cra 79 D # 57 i - 03 Sur

TELEFONO

3182407595

OBJETO CONTRACTUAL

Prestar servicios técnicos para apoyar a la Dirección Técnica de Información, Planeación y Localización para la Búsqueda en el almacenamiento y consolidación de información que contribuya a la búsqueda y la obtenida en el marco del proyecto "Sistematización de expedientes inactivos de la Fiscalía General de la Nación , que contribuyan a la búsqueda de personas dadas por desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado" en los instrumentos designados por la UBPD.

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL PAGO

Cantidad	Descripción	Valor Unitario	Valor Total
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN	\$ 3,178,000.00	\$ 3,178,000.00

CONTRATO No.	124	NÚMERO DE PAGO	1	MES O PERÍODO DE PAGO	FEBRERO
--------------	-----	----------------	---	-----------------------	---------

VALOR TOTAL A PAGAR EN NÚMEROS

\$ 3,178,000.00

VALOR TOTAL A PAGAR EN LETRAS

TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS

FIRMA PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA

CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO

Bogotá

NIVEL CENTRAL/TERRITORIAL

NIVEL_CENTRAL

DEPENDENCIA /SEDE

DIRECCIÓN TÉCNICA DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN Y
LOCALIZACIÓN PARA LA BÚSQUEDA

Tratamiento de datos: Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBPD, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Rango de Numeración autorizada por la DIAN del 1 al 2000 a la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas -UBPD-

Vigencia autorizada por la DIAN del 1 de Octubre de 2020 al 30 de Septiembre de 2021

Número de Formulario 18764005125171

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:

GFI-FT-007

Versión:

003

Yo (Información del Contratista)

Identificado(a) con:

CC:



CE:



Número:

52971213

Nombres y Apellidos:

Maria Andrea Lagos Vaquiro

Teléfono (s):

Celular No.:

3182407595

Dirección:

Cra 79 D # 57i- 03 Sur

Correo Electrónico Personal:

andrea.lagosvaquiro@gmail.com

Contrato No.

124-2022

En mi calidad de Persona Natural: Declarante de Renta ☐

No declarante de Renta ☒

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBDP, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla que se relaciona a continuación, generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada:

Planilla No.	Periodo	
	Mes	Año

b) He contratado o vinculado (2) o más trabajadores, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 206 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 32 de la Ley 2010 de 2019

Si :



No :



c) He contratado trabajadores o contratistas asociados a la actividad por un término igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 206 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 32 de la Ley 2010 de 2019.

Si :



No :



d) La(s) personas(s) que relaciono en el formato GTH-FT-005 (el cual anexo al presente documento) dependen económicamente de mí (Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.2.4.1.18), para lo cual adjunto documentación que así lo certifica; así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.

Si :



No :



Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes.

e) Durante el año 2021 cancelé intereses por crédito hipotecario, para lo cual anexo la correspondiente Certificación de la Entidad Financiera.

Si :



No :



Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por intereses de vivienda.

f) Durante el año 2021 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, para lo cual anexo la correspondiente Certificación.

Si :



No :



Con base en lo anterior y de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T., modificado por el Art. 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deducción por este concepto.

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBDP, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los 28 días del mes de Febrero del año 2022

Firma

**POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52971213, contratista de la empresa UNIDAD DE BUSQUEDA DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS Y EN RAZON DEL CONFLICTO ARMADO EN EL CONTEXTO, con NIT No. 901158482, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 31/08/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012611046.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Febrero de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.971.213**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CE-006 - 0000000100 – 2022

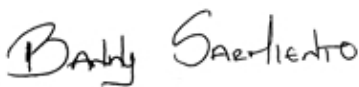
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52971213
NOMBRES Y APELLIDOS	Lagos Vaquiro, Maria Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2010
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lagos Vaquiro, Maria Andrea, a los 21 días del mes de febrero del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES

CERTIFICACIÓN:

Yo María Andrea Lagos Vaquiro, identificado (a) con C.C. No 52971213, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, dirección Carrera 79 d n 57 l 03 sur, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
Julián Felipe Gómez Lagos	1014867798	06/02/2009	Hijo
Emmanuel Martin Gómez Lagos	1145935122	17/4/2021	Hijo

NOTA: El valor a deducir de la retención por concepto de dependientes es el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria del respectivo mes, sin exceder un total de (32 UVT) mensuales.

En el Artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 se define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad: Debe anexar registro civil y documento de identidad del hijo o hija del contribuyente.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente: Debe anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa, registro civil y copia del documento de identidad del hijo.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal: Debe anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud, registro civil y copia del documento de identidad.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal: Debe anexar Certificación anual de Contador Público, copia tarjeta profesional del

Carrera 13 No. 27 - 90 (+571) 3770607 Bogotá
servicioalciudadano@ubpdbusquedadesaparecidos.co

www.ubpdbusquedadesaparecidos.co

contador, copia del documento de identidad del contador, registro civil de matrimonio o declaración juramentada de convivencia y documento de identidad cónyuge o compañero permanente.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal: Debe anexar Certificación anual de Contador Público, copia de la tarjeta profesional del contador, copia del documento de identidad del contador, registro civil del declarante y copia del documento de identidad del dependiente.

Para el caso de los hermanos se debe anexar adicionalmente copia del registro civil del dependiente.

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el Artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

La anterior afirmación se efectúa para optar al beneficio de la deducción por **DEPENDIENTES** establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 18 del mes de marzo del año 2022, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBPD, para que surta los efectos legales.



C.C. 52971213