



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

Código:

Apo.4.1.4Fr002

Fecha

19/11/2012

Versión

5

Apo.414 Fr.002 Cumplido para Pago

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRA1 RADICADO No.: CP -

CONS. 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No.

3

050

2021

BIT O DOCUMENTO IDENTIFICACION CONTRATISTA

1024564254



Radicado: 2-2021-004497

Bogotá D.C., 2 de febrero de 2021 13:55

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O
CONVENIO

SOPORTAR ADMINISTRATIVAMENTE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE
CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE TIEMPOS LABORADOS CETIL E HISTORIA LABORAL
UNIFICADA, DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS

No. Compromisos

38221

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO

26/01/2021

NOMBRE CONTRATISTA

NATALIA DEL PILAR COTA VARON

VALOR DEL CONTRATO

43,431,521.00

VR DEL CONTRATO MAS ADICIONES

43,431,521.00

VALOR ADICIONES

.00

TOPE MINIMO DE SEGURIDAD SOCIAL

FECHA ACTA DE INICIO:

29/01/2021

I.B.C.

102,192

SALUD

113,600

FECHA DE FINAL

31/12/2021

PENSION

145,400

A.R.L.

4,700

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

No.	Tipo de Pago	No.	Condicion del Pago	Aclaracion del Pago	Valor de Pago	Iva Aplicado	Valor IVA	Valor Amortizacion Anticipada	Total Pago
1	INFORME NO.	1	PERIODO	SERVICIOS DEL 29 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2021	255,480.00	0 %	.00		255,480.00
TOTALES					255,480.00		.00		
TOTAL A PAGAR									255,480.00

PERIODO PAGADO - APORTES SEGURIDAD SOCIAL ENERO DEL AÑO 2021

PLANILLA No. 48306031

Anexos y No. de Folios

Factura		Cuenta de Cobro		Declaracion juramentada Seguridad Social	1
Otros anexos o Folios	4	Entrada a Almacen		Constancias de pago de la seguridad social	1
Total de Folios Anexos					6

En calidad de Supervisor/Interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfaccion de las obligaciones que emanan del contrato, la acreditacion del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

Se firma a los 2 dias del mes de Febrero del año 2021

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA:

NOMBRE: ALEXANDRA BUITRAGO FURQUE

CARGO: ASESOR

CEDULA: 52554793

Fecha creación Cumplido 02-02-2021

	Informe de Ejecución y Supervisión de Contrato	Código:	Apo.4.1.Fr.16
		Fecha:	22-03-2019
		Versión:	3
		Página:	1 de 3

CONTENIDO DEL INFORME

1.	Condiciones del Contrato	1
2.	Objeto del Contrato	1
3.	Obligaciones del Contrato, Actividades Ejecutadas y Productos Entregados	1

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: 3.050-2021
 Nombre del Contratista: Natalia del Pilar Cota Varón
 Periodo informe: N°1 del 29 de Enero de 2021 al 31 de Enero de 2021.
 Supervisor: Alexandra Buitrago Furque
 Área perteneciente: Oficina de Bonos Pensionales

2. OBJETO DEL CONTRATO

Soportar administrativamente las actividades del proceso de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados CETIL e historia laboral unificada, de acuerdo con Las Normas y Procedimientos establecidos.

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATO, ACTIVIDADES EJECUTADAS Y PRODUCTOS ENTREGADOS

Las obligaciones adquiridas son las siguientes:

1. Realizar el seguimiento y registro de las comunicaciones recibidas y enviadas con el fin de alimentar la base de datos que garantice una debida gestión a los requerimientos de Cetil e Historia Laboral.
Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.
2. Gestionar el envío de las comunicaciones necesarias, con el fin de apoyar la efectiva gestión en la expedición de las certificaciones vencidas por parte de las diferentes entidades usuarias del CETIL.
Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.
3. Elaborar las actas de las reuniones que se realicen respecto del proyecto de Unificación de Historia Laboral-CETIL y disponer las mismas en el correspondiente archivo documental.
Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.
4. Administrar y manejar el buzón del correo electrónico del CETIL, garantizando una efectiva comunicación entre la OBP y las entidades usuarias.
Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

 El emprendimiento es de todos Minhacienda	Informe de Ejecución y Supervisión de Contrato	Código:	Apo.4.1.Fr.16
		Fecha:	22-03-2019
		Versión:	3
		Página:	2 de 3

5. Informar a los funcionarios de la OBP con el fin de comunicar sobre los nuevos lineamientos, actualizaciones, cambios y/o ajustes del proyecto de Unificación de Historia Laboral.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

6. Gestionar las llamadas requeridas de acuerdo al listado entregado por la OBP, para solicitar a las entidades certificadoras los documentos requeridos para la creación y asignación de usuarios en el aplicativo CETIL.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

7. Comunicar electrónicamente a las entidades certificadoras los requisitos técnicos mínimos para el ingreso al CETIL y aquellos requeridos para el registro de la firma digital.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

8. Atender las solicitudes de las entidades certificadoras, administradoras y reconocedoras de pensiones relacionadas con el proceso de solicitud, creación y manejo de usuarios del Sistema de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados – CETIL, orientando a los solicitantes acerca de las acciones o procedimientos a efectuar con el fin de proporcionar el debido soporte en el Sistema Interactivo.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

9. Realizar seguimiento al cronograma de capacitación establecido por la OBP constatando su cumplimiento y brindar el apoyo necesario en las modificaciones del mismo en caso de ser requerido.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

10. Elaborar y enviar las comunicaciones a las entidades empleadoras confirmando el ingreso exitoso como usuarias del aplicativo CETIL y reportar este movimiento a las entidades reconocedoras para su conocimiento y debida gestión. En caso de que se requiera, gestionar el envío de comunicaciones a aquellas entidades que no han ingresado a CETIL.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

11. Cargar en el módulo del Registro de la Entidad Certificadora los documentos soporte de creación fecha de SGP, según corresponda.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

12. Atender los lineamientos y políticas generales del Sistema Único de Gestion – SUG definido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público que se relacionen con el objeto del contrato.

Avance: Durante el periodo no se me asignó esta actividad.

13. Rendir los informes que le sean solicitados por el Supervisor del contrato.

Avance: Este es el informe No. 1 presentado al supervisor, sin tenerse informes pendientes.

14. Las demás actividades que en cumplimiento del objetivo del contrato se generen.

Avance: Se brinda soporte a solicitudes de pruebas de firma digital y soporte de firma digital.

Avance: Se programan capacitaciones a través de videoconferencia del sistema CETIL, de acuerdo a la programación de la OBP.

	Informe de Ejecución y Supervisión de Contrato	Código:	Apo.4.1.Fr.16
		Fecha:	22-03-2019
		Versión:	3
		Página:	3 de 3

Para efectos de pago del servicio prestado, anexo copia de la impresión del recibo pago Planilla Mi Planilla Numero 48306031 de los aportes en salud, pensión y ARL del mes de enero del 2021 Certificación de aportes al Sistema de Seguridad Social con IBC \$ 909.000.

FIRMA CONTRATISTA
Natalia del Pilar Cota Varon
C.C. 1.024.564.254

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

FIRMA SUPERVISOR
ALEXANDRA BUITRAGO FURQUE
C.C. 52.554.793

**MINHACIENDA****DECLARACIÓN
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**

Código :	Apo.3. Pro.3.Fr5
Fecha :	7/01/2020
Versión :	3

Yo NATALIA DEL PILAR COTA VARON con Cédula de Ciudadanía número 1024564254 con domicilio principal en la ciudad de BOGOTÁ, D.C. en cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, Art. 26 de la ley 1393 de 2010, los Artículos 108 y 126-1 del ET, Art. 3 Decreto 1070 de 2013 modificado por el Art. 9 del Decreto 3032 de 2013 y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, declaro que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 3.050-2021 suscrito con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador en la que se evidencia su estado pagada.

	NOMBRE DE EPS, AFP Y ARL	PLANILLA NÚMERO	PERIODO	VALOR APORTE (Sin Intereses de mora)
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	48306031	2021 - ENE	113.700,00
AFP	COLPENSIONES		2021 - ENE	145.500,00
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS		2021 - ENE	4.800,00

La totalidad de mi ingreso base de cotización por el respectivo Período, NO excede el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Manifiesto que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos.

Se firma el día 2 del mes de febrero del año 2021 con destino a la Subdirección Financiera del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Firma Natalia Del Pilar Cota Varon

Dirección : CALLE 22 C No. 28-20 APT 114
Teléfono : 3196188481
Email personal: nataliacotav95@gmail.com
Email Institucional: natalia.cota@minhacienda.gov.co
Ciudad y Depto. Res.: BOGOTÁ, D.C.(BOGOTÁ)

Rentas de Trabajo

No Responsable de IVA -No Declarante

ANEXO 1. INFORMACION REQUERIDA PARA DEPURAR LA BASE GRAVABLE DE LA RETENCION EN LA FUENTE

Nombre: **NATALIA DEL PILAR COTA VARON**

CONTRATO No: **3.050-2021**

Cédula de Ciudadanía No. **1.024.564.254**

DV **2**

Manifiesto que para el desarrollo de mi actividad, he contratado o vinculado por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dentro del mismo periodo gravable, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad. Art 1.2.1.20.2 Decreto 2250 del 29/12/2017.

Trabajadores a Cargo

☐ SI ☐ NO

Estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.

Declarante

☐ SI ☒ NO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEDUCCIONES

1. Certificación por concepto salud. Art. 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art. 9 Decreto 2250 de 2017 y Art 387 del E.T

Anexo Certificación

☐ SI ☒ NO

2. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda. Art. 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art. 9 Decreto 2250 de 2017 y Art 387 E.T.

Anexo Certificación

☐ SI ☒ NO

3. Información de Dependientes de acuerdo con el Artículo 1.2.4.1.18 del decreto 1625 de 2016 modificado por el Art. 9 Decreto 2250 de 2017 y Parágrafo 2 Art. 387 del E.T. Marcar la(s) opción(es) que le corresponde(n)

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

☐

3.2. 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 ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

☐

3.3. 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.

☐

3.4. 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) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐

3.5. 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 doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐

Se firma el día 2 del mes de febrero del año 2021

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	1024564254	Natalia Del Pilar Cota Varon		Calle 22 C #28-20 APTO 114 INTERIOR 6	4787813	nataliacotav95@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-01	2021-01	I	02/02/2021	48306031	\$264.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.700	0		0		0	0	0	0	113.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.500	0	0	0	0	0	0		145.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.800				4.800	0	0	4.800			48	4.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.700	113.700
Pensión	1	145.500	145.500
Riesgos Laborales	1	4.800	4.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	264.000	264.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	1024564254	Natalia Del Pilar Cota Varon		Calle 22 C #28-20 APTO 114 INTERIOR 6	4787813	nataliacotav95@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2021-01	2021-01	I	02/02/2021	48306031	\$264.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CE	1024564254	COTA VARON NATALIA DEL PILAR	59	0			N																		25-14	909.000	145.500	0	0	0	0	EPS017	909.000	113.700	14-23	909.000	1	4.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA