

	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: 16	

Clasificación de la Información: Pública ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 24/01/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
APELLIDOS		ROA OME							
NOMBRES		CARLOS ANDRES							
CÉDULA		1.026.284.323							
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO		BOGOTÁ		UBICACIÓN		DEPENDENCIA		GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO									
CONTRATO N°		3.186		VALOR TOTAL		\$ 18.753.750,00		CDP 3324 RP 1232324	
VIGENCIA		2.024		DESDE		18 JUL 2.024		HASTA 30 NOV 2.024	
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					
¿SUSPENSIÓN?				DESDE				HASTA	
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?				FECHA					

INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		1		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1.300.000,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 2.083.750,00		NÚMERO DE FACTURA		N/A	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$ -	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 2.083.750,00		IVA		\$ -	
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 208.000		DATOS SEGURIDAD SOCIAL			
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 162.500		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR	
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE EPS		ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 6.800		NOMBRE ARL		POSITIVA	
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$ -					

NÚMERO DE ACTIVIDADES		1				
ACTIVIDAD			%		VALOR	
C-1799-1100-1-53105B-1799080-02 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad			100,00%		\$ 2.083.750,00	
TOTALES			100,00%		\$ 2.083.750,00	

DATOS BANCARIOS					
BANCO		BANCO BCSC		TIPO	
				AHORROS	
				No. CTA	
				24059238899	

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					
1ª 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.					
2ª 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.					
3ª 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					
4ª De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido 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: CARLOS ANDRES ROA OME					

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 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.						
Nº DE SUPERVISORES	NOMBRE	BETCY SOLANYI MATIZ PRADO	CARGO / ROL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

Betcy Matiz P.

FIRMA: BETCY SOLANYI MATIZ PRADO

FIRMA:

	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS		PÁGINA:		1 DE 1
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: GF-FO-09		
	SOLICITUD DE INFORMACIÓN PERSONAL Y TRIBUTARIA PERSONA NATURAL		VERSIÓN: 5		

Clasificación de la Información: ☒ Pública ☐ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 20/12/2022

REGISTRO EN EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA SIIF. Para dar cumplimiento a las Normas Tributarias Nacionales y Distritales, las cuales establecen el sistema de retenciones en el impuesto de IVA, Retención en la Fuente e Industria y Comercio, le solicitamos suministrar la siguiente información:

INFORMACIÓN GENERAL					
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS ANDRES ROA OME ✓			EXTRANJERO	NO
TIPO DE DOCUMENTO	CÉDULA DE CIUDADANIA	N° DOCUMENTO	1026284323	TELÉFONO FIJO/CELULAR	3194210692
DIRECCIÓN	DIAGONAL 2 N 64 A 65			CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTA
PROFESIÓN	DOCENTE			N° MATRÍCULA PROFESIONAL	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL PARA ENVÍO DE NOTIFICACIONES	CARLOSROAHOME0@GMAIL.COM				

INFORMACIÓN BANCARIA				
ENTIDAD BANCARIA	BANCO BCSC		TIPO DE CUENTA	AHORROS ✓
NÚMERO DE CUENTA	24059238889 ✓			
CARLOS ANDRES ROA OME CERTIFICA QUE LA CUENTA BANCARIA RELACIONADA SE ENCUENTRA ACTIVA				

INFORMACIÓN TRIBUTARIA					
NIT	1026284323 ✓	DÍGITO DE VERIFICACIÓN	8 ✓	RÉGIMEN AL QUE PERTENECE	NO RESPONSABLE DE IVA ✓
¿ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO?	NO			¿PRESENTA DECLARACIÓN DE RENTA?	NO
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU (*)	8552 ✓			CÓDIGO ACTIVIDAD SECUNDARIA	
DIRECCIÓN REPORTADA EN EL RUT	DIAGONAL 2 N 64 A 65 AP 16 202 ✓			CÓDIGO POSTAL	111621 ✓
TIPO DE FACTURA				No RESOLUCIÓN FACTURACIÓN	
				FECHA DE VENCIMIENTO RESOLUCIÓN	



FIRMA

BOGOTA 25/07/2024 ✓

CIUDAD Y FECHA

Nota : El código de actividad CIIU debe estar relacionado con el Objeto del Contrato.

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141054419269	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 10262843238				6. DV 8	
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá				14. Buzón electrónico 32	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1026284323	
27. Fecha expedición		28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		31. Primer apellido ROA		32. Segundo apellido OME	
33. Primer nombre CARLOS		34. Otros nombres ANDRES		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		41. Dirección principal DG 2 64 A 65 AP 16 202	
42. Correo electrónico carlosandresroahome@outlook.com		43. Código postal		44. Teléfono 3194210692	
45. Teléfono 2 3212286746		46. Código 8552		47. Fecha inicio actividad 20180604	
48. Código 48		49. Fecha inicio actividad		50. Código 1	
51. Código		52. Número establecimientos		53. Código 549	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios 0					
61. Fecha 2024 - 07 - 03 / 22 : 19: 45					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES ROA OME, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.284.323**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2024.

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.



ALIANSALUD
830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) CARLOS ANDRES ROA OME identificado con CC No. 1026284323 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1026284323, con vigencia desde 3/23/2022 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1026284323	CARLOS ANDRES ROA OME	31	120	23/03/2022	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 24 días del mes de julio del 2024

[Handwritten signature]

FIRMA AUTORIZADA
OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS ANDRES ROA OME** identificado con **CC No. 1026284323**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 29/06/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 08/05/2024 Fecha fin de Contrato: 20/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015119249.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 8 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · Línea gratuita nacional: 01-8000-111-170 Teléfono: (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordecliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol @PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co