

		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		DESDE			
¿SUSPENSIÓN?		DESDE		HASTA					
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA							

INFORMACIÓN PARA PAGO									
¿PENSIONADO?		NO		NÚMERO DE PAGO		2		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1.687.000,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 4.167.500,00		NÚMERO DE FACTURA		N/A			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)				BASE GRAVABLE		\$ -			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)		\$ 4.167.500,00		IVA		\$ -			
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)		\$ 266.700		DATOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)		\$ 208.400		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR			
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE EPS		ALIANSA DE SALUD S.A.			
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 8.700		NOMBRE ARL		POSITIVA			
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$ -							

NÚMERO DE ACTIVIDADES		2					
ACTIVIDAD				%		VALOR	
C-1799-1100-1-53105B-1799060-02 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad				100,00%		\$ 4.167.500,00	
TOTALES				100,00%		\$ 4.167.500,00	

DATOS BANCARIOS											
BANCO		BANCO BCSC		TIPO		AHORROS		No. CTA		24059238889	

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.

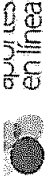
CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA									
1º Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.									
2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad 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 retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.									
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, seré 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 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.											
N° DE SUPERVISORES		NOMBRE		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:



en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Dirección

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 1024284223

ROA ONE CARLOS ANDRES

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

DG 2.64.A.65 INT 16 APT 202

BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.

3059 304

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período

Salud

Clave

Planilla

Tipo

Fecha

Pago

2024-07

837610817

9471116349

1

2024/08/08

2024/08/21

BANCO CAJA SOCIAL

Pensión

2024-07

837610817

9471116349

1

2024/08/08

2024/08/21

BANCO CAJA SOCIAL

13

Valor

\$695,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO

NIT

DV

AFILIADOS

VALOR LIQUIDADO

INTERESES MORA

SALDOS E INCAPACIDADES

VALORA PAGAR

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)

230301

800,224,808

8

1

\$349,300

\$3,400

\$0

\$352,700

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)

14-23

860,011,153

6

1

\$53,200

\$600

\$0

\$53,800

CCF (ADMINISTRADORAS: 1)

CCF22

860,007,336

1

1

\$13,100

\$200

\$0

\$13,300

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)

EPS001

830,113,831

0

1

\$272,900

\$2,700

\$0

\$275,600

TOTAL

1

\$688,500

\$6,900

\$0

\$695,400

128402024

128402024



Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía ▼	1026284323
EPS	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA) ⓘ	
Valor aportado a EPS	
272900 ⓘ	
Clave de pago	
9471316349 ⓘ	
Período de cotización (salud)	
2024 ▼	07 ▼ ⓘ

[Handwritten signature]
27Ago 2024
Karen Giraldo

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.