

		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		3		BASE DE APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 1.667.000,00	
RÉGIMEN		NO RESPONSABLE DE IVA							

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO		\$ 4.167.500,00		NUMERO 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							
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR		UNO (I)		NOMBRE F. PENSIÓN		PORVENIR			
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR		\$ 8.700		NOMBRE EPS		ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.			
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL		\$ -		NOMBRE ARL		POSITIVA			

NÚMERO DE ACTIVIDADES		1		
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, 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 netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizan en 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	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:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 1024284323

/

ROA OME CARLOS ANDRES

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

DG 2.64 A.65 INT 16 APT 202

BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.

3059304

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Salud

Clave

Tipo

Fecha

Pago

Dias Mora

Valor

2024-08

/

925039614

9473483380

2024-09-06

2024/09/19

BANCO CAJA SOCIAL

13

\$482,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$349,300	\$3,400	\$0	\$352,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$53,200	\$600	\$0	\$53,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
ALIANSA LUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830,113,831	0	1	\$272,900	\$2,700	\$0	\$275,600
TOTAL				1	\$675,400	\$6,700	\$0	\$682,100

Página 2 de 2

2024/09/19 04:05 PM

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 102628423

ROA ONE CARLOS ANDRES

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

DC 2 64 A 65 INT 16 APT 202

BOGOTA-BOGOTA D.E.

3039304

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Clave

Tipo

Fecha

Pago

Pensión

Salud

2024-08

925039614

9473483380

1

2024/09/06

2024/09/19

BANCO CAJA SOCIAL

13

\$682,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL PRINCIPAL (1 AFIILIADOS)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiiliados)					\$2,182,998	\$349,300			\$2,182,998
Ciudad: BOGOTA Deptor: BOGOTA D.E. (1 Afiiliados)					\$2,182,998	\$349,300			\$2,182,998
1	CC 102628423	ROA CARLOS	20200	30	\$2,182,998	\$349,300	EF5001	30	\$2,182,998
Total Afiiliados(1)					\$2,182,998	\$349,300			\$2,182,998
RIESGOS						CCF		PARAFISCALES	
						Código	Días	IBC	Aporte
								\$2,182,998	\$349,300
								\$2,182,998	\$349,300
								\$2,182,998	\$349,300
							14-23	0	\$3,180
								\$2,182,998	\$349,300
								\$2,182,998	\$349,300



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 EPS (ANTES COLMEDICA)	
Valor aportado a EPS	
272900	
Clave de pago	
9473483380	
Período de cotización (salud)	
2024 ☐	08 ☐



No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Handwritten signature
25/9/2024
Karelyval

Verificar planilla



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

