BARRANQUILLA 12 de octubre de 2023

Señores:
CORMAGDALENA
Secretaría General
Área financiera
Barrancabermeja

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Contrato CPS 0-301 de 2023

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: Tercer pago correspondiente al periodo del 01 agosto 2023 al 31 agosto 2023

Tipo de contrato	Servicios
Forma de Radicación	**X**
Factura o documento equivalente	**X**
F-PGF-05 - Solicitud de Desembolso	**X**
Constancia de contrato en ejecución de secop ll (Solo primer pago)	
Documento complementario de Secop ll (Solo primer pago)	
Formato de liberación de recursos (F-PGB-18) (solo primer pago}	
Datos básicos del contratista (Solo primer pago)	
RUT actualizado (Solo primer pago)	
Certificación bancaria (solo primer pago)	
Certificacion de afiliacion a sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL (solo primer pago}	
Certificación aportes (aplica del segundo pago en adelante)	**X**
Planilla de Parafiscales (Salud, Pensión,ARL) (aplica del segundo pago en adelante)	**X**
Deducciones: dependientes, salud prepagada,intereses de vivienda y aportes AFC (cuando apliquen)	
TOTAL FOLIOS	6

Atentamente,

CARLOS ARTURO ROA PACHECO

Espacio para
Logo Corporativo

Sabanalarga, septiembre 6 de 2023

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

CUENTA DE COBRO No. CRFE 3

CORMAGDALENA .
Liendre. 829.000.127-4

Debe a:

CARLOS ARTURO ROA PACHECO
Nit 8.645.360-4

Por concepto de:

Artículo	Descripción	cantidad	Vr. Total	Nombre del producto	Código
1	Prestación de Servicios de Apoyo	1.00	2.300.000,00	Prestación de Servicios de Apoyo	010

Artículos totales: 1

Total Bruto	2.300.000,00
IVA 0%	0.00
Total a pagar	2.300.000,00

Observaciones:
Pago del mes de agosto **Son:** Dos millones trescientos mil pesos m/cte **CARLOS ARTURO ROA PACHECO** Calle 16 # 20 - 59 Tel:(605) 3227396908 Sabanalarga - Colombia **CUFE:** 29aa06f7ca15f7a1e072a29c3812efba6bd31768b130cc5ba503be5b093b3 12e6be25716425627d6b0baf76ed168546f

CORMAGDALENA	Solicitud de Desembolso Contratos	F-PGF-05
		VERSION:2

Proceso de Gestión Financiera		

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN

Contrato Prestación de Servicios No	CPS 0-301	de	2023	
Nombre del contratista		CARLOS ARTURO ROA PACHECO		
Dirección:	CALLE 16 # 20 - 59		Celular:	3227396908
Cédula	8.645.360		Correo electrónico:	carliroa@hotmail.com
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):		MARIA PATRICIA SUAREZ LEIVA		
Dependencia:	Oficina Seccional Barranquilla		No. Extensión o teléfono:	0
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO EN LA OFICINA SECCIONAL BARRANQUILLA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE GESTION DOCUMENTAL Y DEMAS TRAMITES ADMINISTRATIVOS TRANSVERSALES.			
Fecha de inicio:	26 de junio de 2023		Fecha terminación:	31 de diciembre de 2023
Valor inicial del contrato:				$ 16.100.000,00
Adición:				$ 0,00
Valor total:				$ 16.100.000,00
Valor pago mensual o como se haya pactado:				$ 2.300.000,00
Prórroga (días):				0
Suspensión (días):				0
Terminación anticipada:				
Cesión:				$ 0,00
Cedente/Cesionaria:				0
Concepto del pago:	Tercer pago correspondiente al periodo del 01 agosto 2023 al 31 agosto 2023			
Valor a pagar:			**$**	**2.300.000,00**

Proyecto	Actividad	%	RP	Valor
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	100,00%	202301069	**$ 2.300.000,00**

CONCEPTO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Persona Natural:

El/la contratista, CARLOS ARTURO ROA PACHECO cumplió con las obligaciones contraídas en el Contrato Prestación de Servicios No CPS 0-301 de 2023, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato Así mismo, en calidad de supervisor y/o interventor certifico que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago. Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de $2300000

Persona Jurídica:

OBSERVACIONES: FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS DE BANCOLOMBIA No. 120000406 A NOMBRE DE CARLOS ARTURO ROA PACHECO CON CC No. 8.645.360

FIRMA RESPONSABLE(S)

La presente certificación se firma el 12 octubre 2023

Firmado digitalmente por Maria Patricia Suarez Leiva

Supervisor / Interventor

MARIA PATRICIA SUAREZ LEIVA

Barranquilla 12 de Octubre del 2023

Señores
CORMAGDALENA
Oficina de Contabilidad

Asunto: Certificación documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social.

Yo, **CARLOS ARTURO ROA PACHECO,** identificado con cédula de ciudadanía No. 8.645.360 de Sabanalarga-Atl., vinculado actualmente mediante al Contrato de Prestación de Servicios No CPS-0-301 DE 2023, y en cumplimiento de lo establecido en el Parágrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

- Que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes al Contrato CPS-0-301 DE 2023.

Se adjuntan la planilla No. 70430494 correspondiente a los aportes del mes de JULIO de 2023.

Atentamente,



CARLOS ARTURO ROA PACHECO
C.C. 8.645.36 de Sabanalarga-Atl.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	8645360	CARLOS ARTURO ROA PACHECO		CALLE 16 N 20 - 59	1234567	carliroa@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	SABANALARGA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-07	2023-07	I	30/08/2023	70430494	$342.600

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	145.000	0		0		0	15	2.500	0	147.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	15	3.200	0	188.800	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	6.100				6.100	15	200	6.300			61	6.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	145.000	147.500
Pensión	1	185.600	188.800
Riesgos Laborales	1	6.100	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	342.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8645360	CARLOS ARTURO ROA PACHECO		CALLE 16 N 20 - 59	1234567	carliroa@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	SABANALARGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	30/08/2023	70430494	$342.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	CC	8645360	ROA PACHECO CARLOS ARTURO	59	0			N																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información