

DATOS BÁSICOS					
NÚMERO DE CÉDULA	73.194.535				
NOMBRE	ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS				
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ				

INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-127-2024	VIGENCIA	DESDE	21	MARZO 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 110.000.000,00		HASTA	31	DICIEMBRE 2024

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO	PRÓRROGA HASTA		DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO	FECHA CEDIDO		DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO	
	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 110.000.000,00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	1124	NÚMERO DE RP	18724
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302003-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	SEGUNDO (2)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 11.000.000,00	BASE GRAVABLE	\$ 0,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 11.000.000,00	IVA	\$ 0,00
		TOTAL	\$ 0,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 14.666.667,00		
SALDO POR PAGAR	\$ 95.333.333,00		
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 704.000,00		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 550.000,00		
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 23.000,00		
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00		

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	056080299961

* 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.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA
1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. 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. *Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).
Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
RUDY JOEL NIETO HENRIQUEZ	SUBDIRECTOR DE DESARROLLO Y SCD	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.



FIRMA: RUDY JOEL NIETO HENRIQUEZ

Fecha de expedición del documento: mayo de 2024

Nombre: Enoc Alberto Rojas Ramos

N° contrato: AND-127-2024

Fecha de inicio: 21/03/2024

Fecha de terminación: 31/12/2024

Período de pago: abril

N° de pago y/o factura: Segundo

Objeto Contractual: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa los servicios profesionales en lo relacionado con temas de seguimiento y control financiero en la Subdirección Administrativa y Financiera de la Agencia Nacional Digital, para la formulación, el seguimiento, y el control de los proyectos que se encuentren en ejecución.

Supervisor: RUDY JOEL NIETO HENRIQUEZ

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
1	Apoyar la estructuración financiera y económica, de los proyectos de la Agencia Nacional Digital.	Realice asesoría en la estructuración financiera y económica de los siguientes procesos de contratación: - DATA TOOLS - OPITECH. Apoyé en la actualización del PAA, en incorporar la adquisición de licencias Office	EVIDENCIA ABRIL
2	Apoyar a la Subdirección de Desarrollo y SCD de la Agencia Nacional Digital realizando el seguimiento financiero de los proyectos que tienen a su cargo los supervisores de la entidad y recomendarlas acciones o alertas para dar cumplimiento a los compromisos que se hayan pactado.	Apoyé a la Subdirección de Desarrollo y SCD, en la revisión de los documentos para el proceso de contratación: - Proceso de contratación OPI TECHNOLOGY SAS. - Procesos de alquiler o arrendamiento de licencias de software de computador.	EVIDENCIA ABRIL
3	Apoyar la gestión de información y elaboración de informes necesaria para el reporte semanal de la ejecución de los proyectos que se encuentran en ejecución por parte de la Agencia Nacional Digital	Apoyé en la revisión de la ejecución presupuestal semanal de la entidad.	EVIDENCIA ABRIL

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
4	Apoyar la revisión financiera de las propuestas presentadas por las Subdirecciones misionales y transversales que se presentan a los aliados de la Agencia Nacional Digital.	Apoyé a la subdirección de desarrollo y SCD en la revisión financiera de los documentos soporte enviados por los contratistas asignados.	EVIDENCIA ABRIL
5	Brindar apoyo en la supervisión de los contratos que le sean asignados por el subdirector de Desarrollo y SCD.	Apoyé en la revisión de la ejecución de los contratos: AND-156-2024 AND-157-2024	EVIDENCIA ABRIL
6	Asistir y participar en las reuniones que sean requeridas por la Subdirección de Desarrollo y SCD.	Participé en la siguiente reunión de seguimiento de los proyectos que tiene la entidad que hacen parte del presupuesto de ventas de la vigencia 2024.	EVIDENCIA ABRIL
7	Las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor y el gerente del proyecto y que guarden relación con el objeto contractual	No aplica para este período.	No aplica para este período.

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
ABRIL	7928589956

Presentó:

Firma Contratista
ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS

Aprobó

Firma Supervisor
RUDY JOEL NIETO HENRIQUEZ – SUBDIRECTOR DE DESARROLLO Y SCD

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73194535		NÚMERO PLANILLA:	7928589956	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS			PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:								
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR		abril	AÑO	2024	MES	abril	AÑO	2024				
DIRECCIÓN:	CL LETICIA 44C -34	TELÉFONO:	66666666		DÍAS DE MORA:	26									
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	679745791							
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.												
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - AND												
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO										

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 704.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.800	\$ 0	\$ 704.000	\$ 14.800	\$ 718.800	
SUBTOTALES:											\$ 704.000	\$ 14.800	\$ 718.800	

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 550.000	\$ 0	\$ 11.500	\$ 0	\$ 550.000	\$ 11.500	\$ 0	\$ 561.500	
SUBTOTALES:									\$ 550.000				\$ 550.000	\$ 11.500	\$ 0	\$ 561.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 46.000	\$ 46.000	\$ 1.000	\$ 0	\$ 47.000	
SUBTOTALES:								\$ 46.000	\$ 1.000	\$ 0		\$ 47.000	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	SALUD		ARP			DÍAS COT	IBC	CCF	PARAFISCALES							
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD							EMPLEADOR	EMPLEADO	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN				DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 73194535	ROJAS RAMOS ENOC ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 4.400.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	4.400.000	\$ 704.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 704.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	4.400.000	\$ 550.000	\$ 0	\$ 550.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	4.400.000	\$ 73194535	\$ 46.000	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 1.327.300

Bogotá D.C., mayo - 2024

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
 Ciudad

Yo ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 73.194.535, Empleado () Contratista (X), de la Subdirección de Desarrollo y SCD, con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento. ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento. ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento. ⁽¹⁾
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Registro civil de nacimiento. ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco. ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento que demuestre el parentesco. ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco. ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco. ⁽¹⁾

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES

Versión: 1

FN.FT.04



- (1) *Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente*
(2) *Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia*

Número de anexos (relacionar cantidad y los documentos anexados)

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.

Enoc Alberto Rojas Ramos
C.C. 73.194.535



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo 42103453
Serial

NUIP 1.042.586.036

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 11 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código C 2 X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
NOTARIA 3 CARTAGENA - COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA

Datos del inscrito

Primer Apellido ROJAS Segundo Apellido BALDOVINO

Nombre(s) VALENTINA ISABEL

Fecha de nacimiento Año 2009 Mes JUN Día 02 Sexo (en letras) FEMENINO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
51774004-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
BALDOVINO ELLES MARIA LOURDES

Documento de identificación (Clase y número)
CC 1.047.365.712

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ROJAS RAMOS ENOC ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)
CC 73.194.535

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ROJAS RAMOS ENOC ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)
CC 73.194.535

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes JUN Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALBERTO MARENCO MENDOZA - NOTARIO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ALBERTO MARENCO MENDOZA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -