Centro Nacional de Memoria Histórica	Certificación del supervisor - Contratos de prestación de servicios - Personas naturales	CÓDIGO:	ABS-FT-018
		VERSIÓN:	018
		PÁGINA:	1 DE 1

Datos del contratista

Nombre:	Cristian David Arévalo Rojas								
Tipo de identificación:	Cedula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasasporte		No.	1.010.199.418	

Datos del contrato

N° Contrato:	424-2025	Valor total:	56.159.604
Fecha de inicio:	25/3/2025	Fecha de terminación:	24/12/2025
Fecha de cesión (cuando aplique):		Fecha de terminación anticipada (cuando aplique):	
Lugar de ejecución del Contrato:	**Bogotá D.C.**		

Objeto del contrato

Prestar servicios profesionales al Centro Nacional de Memoria Histórica para realizar el registro fotográfico y audiovisual, así como la operación del drone para capturar imágenes y videos aéreos, la edición y finalización de piezas audiovisuales de las actividades de la entidad asignadas, en el marco del proyecto de inversión denominado "Divulgación de acciones de memoria histórica a nivel nacional".

Datos para el pago

Registro Presupuestal - RP No.	45625						
Periodo del informe y de la certificación de pago		Desde:	**1/9/2025**	Hasta:	**30/9/2025**		
RESPONSABLE DE IVA (Seleccionar)	NO	ARL - Riesgo III (Seleccionar)	NO	Pensionado Seleccionar	NO		

Valores	Honorarios mensuales antes de IVA:	$ 6.239.956	
	Iva (Cuando aplique)	$ 0	
	Ingreso base cotización (IBC):	$ 2.495.982	
	Aportes obligatorios en salud (*):	$ 312.000	
	Aportes obligatorios en pensión (*)+ FSP:	$ 399.400	
	Aportes a riesgos profesionales (*):	$ 13.000	
	Mes de Cotización y Pago de Seguridad Social	**Mes de aportes**	**Valor pagado**
		SEPTIEMBRE	**$ 724.500**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos profesionales deben estar calculados con un IBC minimo del 40% de los honorarios cobrados.

Certificación del contratista:

En mi 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. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1.



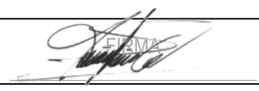
CRISTIAN DAVID ARÉVALO ROJAS

Certificación del supervisor del contrato:

Nombre del supervisor:	DANIEL FERNANDO POLANÍA CASTRO	C.C.	80.792.370

Cargo supervisor:	Profesional Especializado de la Estrategia de Comunicaciones	Cuando se trate de períodos espécíficos de supervisión:	Desde		Hasta	
			Desde		Hasta	
			Desde		Hasta	
			Desde		Hasta	

En mi calidad de supervisor del contrato certifico que el CONTRATISTA ha cumplido a cabalidad con el objeto y obligaciones contractuales requeridas para el pago y que la presente solicitud de pago cuenta con todos los soportes de ley que debe presentar el contratista, los cuales he verificado previamente. Por lo anterior autorizo el pago registrado en la presente certificación.

	FIRMA	FIRMA	FIRMA
DANIEL FERNANDO POLANÍA CASTRO	*NOMBRE DEL SUPERVISOR*	*NOMBRE DEL SUPERVISOR*	*NOMBRE DEL SUPERVISOR*

Cuenta de cobro No. **007**

Ciudad: Bogotá D.C. Fecha: 30 de septiembre del 2025

CENTRO DE MEMORIA HISTÓRICA
NIT: 900.492.141 – 5

Debe a:
Cristian David Arévalo Rojas
CC 1010199418
No responsable de IVA

La suma de **SEIS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS** ($6.239.956) m/cte por concepto de honorarios del mes de septiembre de acuerdo al contrato **424** de 2025. Informe de actividades entregado a la supervisión.

Atentamente,



Nombre: Cristian David Arévalo Rojas
CC: 1.010.199.418
Celular: 3102945982
Dirección: Calle 64j # 74b - 58 Apto. 401

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	1010199418	CRISTIAN DAVID AREVALO ROJAS	CL 64 J # 74 B - 58 AP 401	00000000	cdavidare@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	29/09/2025	90166357	$724.500	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	312.000	0		0		0	0	0	0	312.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	399.400	0	0	0	0	0	0		399.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.100				13.100	0	0	13.100			131	13.100	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	312.000	312.000
Pensión	1	399.400	399.400
Riesgos Laborales	1	13.100	13.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	724.500	724.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010199418	CRISTIAN DAVID AREVALO ROJAS	CL 64 J # 74 B - 58 AP 401	00000000	cdavidare@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-09	2025-09	I	29/09/2025	90166357	$724.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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	1010199418	AREVALO ROJAS CRISTIAN DAVID	59	0			N																	230201	2.496.000	399.400	0	0	0	0	EPS001	2.496.000	312.000	14-11	2.496.000	1	13.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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