Contrato / Convenio No**.036**	
Tipo de Contrato / Convenio: **Prestación de Servicios** ☒ **Compraventa** ☐ **Suministro** ☐ **Obra** ☐ **Otro** ☐ **Cuál?** _____	
Nombre del Contratista o Entidad: **ANDRES FELIPE ALCÁZAR GÓMEZ**	Tipo de identificación: **C.C** No. de Identificación: **1192903877**
Objeto del Contrato: **Prestación de servicios profesionales para la elaboración de instrumentos archivísticos de recuperación y acceso a información sobre contenidos de fondos documentales históricos que custodia el AGN**	
Fecha de Suscripción: **27/02/2025**	Fecha de inicio del contrato: **27/02/2025**
Plazo inicial del contrato: **Ocho (8) Meses**	Fecha inicial de terminación: **26/10/2025**
Valor inicial del contrato:	
Prorrogas: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	Fecha final de terminación: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Plazo final del contrato: **26/10/2025**	
Adiciones: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	Valor final del contrato: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Planilla: **90409175** (septiembre) 91017947 (octubre)	Mes vencido [x] Mes anticipado ☐
Código Actividad Económica RIT (registro de identificación tributaria) _ **8299**_ _____	
Informe de Supervisión No. **09**	Lugar de Prestación del Servicio: **Bogotá** ☒ **Funza** ☐ **Otros** ☐ **Cuál?** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Periodo de Reporte: 1 de octubre al 26 de octubre de 2025	
Valor a Pagar **$ 3.380.000**	Fuente de Financiación: Nación ☒ Propios ☒
Cuenta Bancaria No **67862720994** Banco **Bancolombia**	Corriente ☐ Ahorros ☒
Nombre del Supervisor: **Jessica Mayerlin Molina Buitrago**	Cargo: **supervisora y coordinadora del grupo de Organización y Reprografía** Grupo: **Organización y reprografía**

El suscrito Andrés Felipe Alcázar Gómez, en calidad de contratista describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del contrato así:

1. ***Entregar en formato CPD-FO ISAD G, debidamente diligenciado, la descripción documental debidamente diligenciado, la descripción documental***

de acuerdo con los parámetros establecidos en la Norma Internacional de Descripción
Archivística ISAD-G, de cuatro (4) unidades de almacenamiento (cajas o legajos) por mes, para
un total de 32 unidades de almacenamiento en ocho (8) meses, correspondientes a los
diferentes fondos documentales que custodia el Archivo General de la Nación, asignados por el
supervisor.

2. ***Generar los puntos de acceso normalizados para las descripciones documentales elaboradas, registrados en el formato CPD-FO-78 ISAD-G.***

3. ***Reportar mediante un informe al supervisor las inconsistencias y daños identificados en la documentación cuando se requiera.***

Actividades:

Descripción de los (4) tomos del fondo de Secretaría de Guerra y Marina de la sección República

Tomo 719 (1166) con 15 registros (unidad documental)
Tomo 720 (968) con 12 registros (unidad documental)
Tomo 868 (815) con 16 registros (unidad documental)
Tomo 869 (1004) con 6 registros (unidad documental)

En el siguiente enlace se pude observar las descripciones realizadas:
https://archivogeneral-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/falcazar_archivogeneral_gov_co/ETjUMmscPSNPtBej2R74vfwBPJVvP-MYLg0N1xZgVVSLAQ?CID=0ec03ac8-3dc0-e02c-d726-67baef548d0a

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:
(Decreto 2271 junio 18 de 2009 y Art. 126-1 del E.T.)

1. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema Integral de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del

pago sujeto a retención, número: 036 de 2025 suscrito con el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado.

2. El pago correspondiente a los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social se efectuó así:

Nombre EPS, AFP y ARL	**Periodo de pago**	**Valor aporte para deducir de la base de retención en la fuente***
(EPS) Sanitas	Septiembre	$195.000
(AFP)Colpensiones	Septiembre	$249.000
(ARL) Sura	Septiembre	$8.200

Nombre EPS, AFP y ARL	**Periodo de pago**	**Valor aporte para deducir de la base de retención en la fuente***
(EPS) Sanitas	Octubre	$195.000
(AFP)Colpensiones	Octubre	$249.000
(ARL) Sura	Octubre	$8.200

*Su consideración como ingreso no constitutivo de renta aplica únicamente en el caso de pagar la planilla de manera anticipada (Dirección de impuestos y Aduanas Nacionales, Oficio 0013, Concepto 0454 del 10 de enero de 2020)

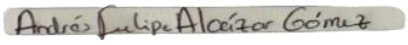
Se adjunta dos (2) folios legibles de la planilla de pago de aportes a la seguridad social.

RELACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

No. PLANILLA	**MES PLANILLA**	**IBC (base de cotización)**	**VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE SALUD (sin intereses)**	**VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE PENSIÓN (sin intereses)**
90409175	Septiembre	$ 1.560.000	$195.000	$ 249.000

No. PLANILLA	**MES PLANILLA**	**IBC (base de cotización)**	**VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE SALUD (sin intereses)**	**VALOR PAGADO POR CONCEPTO DE PENSIÓN (sin intereses)**
91017947	Octubre	$ 1.560.000	$195.000	$ 249.000

NOTA: Se deberá adjuntar los documentos: registro código actividad económica (RIT), registro único tributario (RUT), que soportan su actividad económica. Si en el RUT aparece que está obligado a facturar electrónicamente, se debe adjuntar la factura.



Andrés Felipe Alcázar Gómez
CC. 1192903877

Señores
ARCHIVO GENERAL DE LA NACION JORGE PALACIOS PRECIADO
Ciudad

Yo, **Andrés Felipe Alcázar Gómez identificado** con C.C. No. **1192903877** de **Cartagena**, en mi calidad de Contratista del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado, en ejecución del contrato No. **036** de **2025**, bajo la gravedad de juramento me permito suministrar la siguiente información para efectos de la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente, de acuerdo al procedimiento establecido en los artículos 17 y 18 de la ley 1819 de Diciembre 29 de 2016:

1. Las deducciones a que tengo derecho y los valores pagados sin incluir intereses de mora al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., del mes de septiembre y octubre, realizado sobre una base mínima del 40% del valor que estoy cobrando, son:

Planilla de Pago No.	**90409175**	**91017947**
Aporte Obligatorio a Salud (Art.56 E.T)	**$ 195.000**	**$ 195.000**
Aporte Obligatorio a Fondo de Pensiones (Art. 55 E.T.)	**$249.000**	**$249.000**
Aporte Obligatorio a Riesgos Laborales (Ley 1562/2012)	**$8.200**	**$8.200**
Aporte Voluntario a Fondos de Pensiones (Art. 126-1 ET)		
Fondo de Solidaridad Pensional		
Aportes con destino a cuentas AFC (ART. 126-4 ET)		
Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud		
Por dependientes (Art. 387 ET)		
Intereses por préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)		

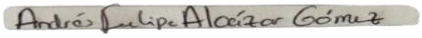
Adjunto soportes del pago y deducciones solicitadas.

2. Tengo dos o más trabajadores o contratistas, asociados a la actividad del contrato vinculados por al menos 90 días continuos o discontinuos:
   Si ☐ No ☒

3. Solicito se practique un valor de retención superior al calculado:
   Si ☐ No ☒
   Porcentaje adicional para descontar _____

En constancia de lo anterior, se suscribe en Bogotá a los 30 días del mes de octubre de 2025

Andrés Felipe Alcázar Gómez
CC. 1192903877



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14831477431

(415)7707212489984(8020) 000001483147743 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 2 9 0 3 8 7 7	6	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 9 2 9 0 3 8 7 7	2 0 1 8 0 2 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALCAZAR	GOMEZ	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR VILLA GRANDE DE INDIA 2 MZ 13 LT 4

42. Correo electrónico: alcazarg@unicartagena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 2 9 1 2 0 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 2 0 6 0 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2022 - 06 - 03 / 14 : 36: 59

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ CANTILLO JUAN CARLOS

985. Cargo Analista IV

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:17/01/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1192903877	ANDRES FELIPE ALCAZAR GOMEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 71 # 120 49 APTO 201 Teléfonos: 3008291201

Dirección electrónica: aalcazarg1@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 06/02/2024 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/01/2024

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 09/02/2024 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

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	1192903877	ANDRES FELIPE ALCAZAR GOMEZ	Calle 18 #3-43	6901123	aalcazarg1@hotmail.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	16/10/2025	90409175	$452.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	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	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	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	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.800	452.800

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	1192903877	ANDRES FELIPE ALCAZAR GOMEZ		Calle 18 #3-43	6901123	aalcazarg1@hotmail.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	16/10/2025	90409175	$452.800	

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	1192903877	ALCAZAR GOMEZ ANDRES FELIPE	59	0			N																	25-14	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS005	1.560.000	195.000	14-11	1.560.000	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1192903877	ANDRES FELIPE ALCAZAR GOMEZ	Calle 18 #3-43	6901123	aalcazarg1@hotmail.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	
2025-10	2025-10	I	30/10/2025	91017947	$452.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.600	0	0	0	0	0	0		249.600	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	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	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	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.800	452.800

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	1192903877	ANDRES FELIPE ALCAZAR GOMEZ		Calle 18 #3-43	6901123	aalcazarg1@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-10	2025-10	I	30/10/2025	91017947	$452.800	

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	Exonerado	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	1192903877	ALCAZAR GOMEZ ANDRES FELIPE	59	0			N																	25-14	1.560.000	249.600	0	0	0	0	EPS005	1.560.000	195.000	14-11	1.560.000	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

La suscrita **Jessica Mayerlin Molina Buitrago** en calidad de supervisor del contrato No.**036** celebrado entre el Archivo General de la Nación y **Andrés Felipe Alcázar Gómez** y que tiene como objeto **prestar servicios profesionales en la elaboración de instrumentos archivísticos de recuperación y acceso a información sobre contenidos de fondos documentales históricos que custodia el AGN**; certifico el cumplimiento a satisfacción de las actividades realizadas en el periodo **1 al 26 de octubre de 2025**, y realizo las siguientes observaciones conforme a lo estipulado por la Ley 1474 de 2011 en su Capítulo VII, Artículos 83 y 84:

El contratista presento los productos de las actividades descritas en cumplimiento de las obligaciones adquiridas. Los productos reposarán en la serie documental 530.27.25

Igualmente, certifico que el contratista dio cumplimiento durante el período ejecutado, al pago de la totalidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales, y/o aportes parafiscales de conformidad con las normas legales vigentes, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018.

Igualmente, certifico que el contratista durante la ejecución del contrato canceló por concepto de Salud $1.560.000, pensión $1.996.800 y riesgos Laborales $65.600, de conformidad con las normas legales vigentes, según consta en las planillas de pago que reposan en el expediente del contrato.

El pago de los aportes correspondientes al mes de octubre son responsabilidad del contratista.

Fecha de expedición del informe: 30 de octubre de 2025



NOMBRE COMPLETO DE SUPERVISOR
Coordinadora GOR

Proyectó: Andrés Felipe Alcázar Gómez –
Reviso: Jessica Mayerly Molina Buitrago– Supervisora y coordinadora del grupo de Organización y Reprografía□□□□–
Anexos: 3 folios (RIT, RUT certificados de seguridad social)□□□
Archivado: 120.12.09