



**PROCESO GESTIÓN FINANCIERA**  
**Formato de Autorización para Causación y Pago a Contratistas Personas Naturales**

VERSIÓN 2  
TRD 130.131.41

**I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR**

Fecha de Diligenciamiento			Supervisor		RADICACIÓN
AA	MM	DD	Nombre:		
2025	11	26	Cargo:	Erily Esmeralda Bernal Camacho / SUBDIRECTORA DE VIGILANCIA Y CONTROL /	

**II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

<b>Nombre del Contratista</b> Jhonattan Alfonso Wiches Ruiz		N° C.C.	91.512.165
<b>REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO</b>		<b>RE</b>	
Número de Contrato	250 del 2025	Código de la Actividad Económica	
Fecha del Registro Presupuestal	23/10/2025	Es Responsable de IVA?	
Fecha de Aprobación de la Poliza	23/10/2025	Es Declarante de Renta?	
Fecha de afiliación ARL	22/10/2025	Contrato asociado a Convenio?	
Plazo de Ejecución Hasta	31/12/2025		



**Agencia Nacional de Espectro  
Comunicación Interna**  
**Radicado: GD-015728-I-2025**  
**Fecha: 2025-12-01 - 11:14**  
**Anexos: Sin anexos**  
**Folios: 2**

Son declarantes del impuesto sobre la renta quienes en la vigencia fiscal anterior al año en curso recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS y patrimonio superior a 4,500 UVTS .  
 Se consideran como no responsables del Iva en función de unos topes mínimos de ingresos y otros conceptos señalados por el parágrafo 3 del artículo 437 del estatuto tributario.

**OBJETO CONTRACTUAL:**

Prestar sus servicios profesionales apoyando a la ANE en la verificación al cumplimiento de las obligaciones a cargo de los asignatarios frente a la ampliación del servicio móvil y actualización tecnológica de las redes del servicio móvil (IMT), en el marco del Convenio Interadministrativo No. 1615 (FUTIC) / 207 (ANE) de 2025 suscrito entre el FONDO ÚNICO DE TIC y la ANE.

**FORMA DE PAGO (Transcribir la cláusula de la forma de pago incorporada en el anexo de condiciones contractuales de la minuta electrónica)**

CLAÚSULA SEXTA: FORMA DE PAGO. La ANE pagará al contratista el valor del contrato así: A) Un (1) pago hasta por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE. (\$2.213.328), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de octubre de 2025, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) M/CTE diarios.B) Un (1) pago hasta por la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.(\$8.299.980), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de Noviembre de 2025, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) M/CTE diarios.C) Un (1) pago en diciembre de 2025 hasta por la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. (\$8.299.980), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de diciembre de 2025, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) M/CTE diarios.

**III. PLANILLA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. Autorización o Planilla:</b>	91052259	<b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	
<b>Periodo Liquidado (Planilla):*3y*4</b>	OCTUBRE	<b>Salud 12,5%</b>	\$ 204.300,00
<b>Valor IBC 40% INGRESOS: *s</b>	\$ 1.634.100,00	<b>Pensión 16%</b>	\$ 261.500,00
		<b>Fondo Solidaridad *1</b>	\$ 0,00
		<b>ARL*2</b>	\$ 39.900,00

**Notas:**

- \*1. El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMMLV (1%)
- \*2. ARL = Riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960%
- \*3. El aporte al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes o fracción de mes objeto de cobro presentada en estado pagada, se tendrá en cuenta para la depuración de la base para el calculo de retención en la fuente a título de impuesto de renta e ICA, de conformidad con lo establecido en el artículo 1.2.4.1.16 y 1.2.4.1.7 del Decreto 1625 de 2016, el Concepto 1195 de 2009 de la Dirección de Impuestos Distritales de la Secretaría Distrital de Hacienda en línea con lo dispuesto en el concepto No. 100208221 del 9 de enero de 2020 de la DIAN.
- \*4. Siempre se deberá adjuntar la planilla de seguridad social mes vencido en estado pagada, y la del respectivo mes de cobro solo en caso de querer acogerse al beneficio en la depuración de retención en la fuente. De no allegar la planilla del periodo de cobro, no se tendrá en cuenta en la depuración de la retención en la fuente, pero es requisito exigible de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
- \*5. La cotización de los trabajadores independientes contratistas de prestación de servicios, se debe efectuar sobre una base de cotización mínima de un 40% del valor de los ingresos percibidos en el mes.

**IV. FACTURA Y DEDUCCIÓN SOLICITADA**

<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA / ND / NC:</b>			
		FE146	
<b>Valor que solicita como deducción AFC</b>	N/A	<b>Valor que solicita como deducción PV</b>	N/A

\*AFC: Cuenta de Ahorro para el Fomento a la Construcción  
 \*PV: Pensión Voluntaria

**V. PERIODO DE COBRO, CERTIFICACIÓN Y VALOR AUTORIZADO**

<b>MES DE COBRO</b>	Octubre	<b>Número total de pagos</b>	3	<b>Número de pago actual</b>	1
El suscrito Supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, he recibido y aprobado los entregables en los términos y tiempo pactados, los cuales se verificaron y aprobaron para el período certificado conforme a las condiciones de pago. Así mismo, se verificó el cumplimiento del pago de la planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensi ó n y/o Fondo de Solidaridad y riesgos profesionales por parte del contratista. De igual manera, certifico que el informe de actividades mensual correspondiente al periodo de pago, ha sido suscrito y se radica al Grupo de Contratación. Por lo tanto, autorizo el pago por de los honorarios a favor del contratista por el valor de:					
<b>\$ 2.213.328,00</b>		<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS 00/100 M.L.</b>			

**VI. ESTADO PRESUPUESTAL**

<b>1. Valor total contrato</b>	\$ 18.813.288,00	<b>No. Registro Presupuestal</b>	82125	<b>Fecha</b>	23/10/2025
<b>2. Adición o Reducción</b>	\$ -	<b>No. Registro Presupuestal Adición</b>		<b>Fecha</b>	
<b>3. Valor pagado</b>	\$ -				
<b>4. Valor a pagar</b>	\$ 2.213.328,00				
<b>5. SALDO = (1+2-3-4)</b>	\$ 16.599.960,00				

**VII. OBSERVACIONES**

**VIII. FIRMAS**

En mi calidad de Contratista declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada de la planilla de seguridad social es correcta y que los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales, corresponden a los ingresos provenientes del contrato relacionado en la información contractual del presente formato, y que los mismos deberán ser aplicados acorde con la normativa establecida para efectos de la depuración de la retención en la fuente, siempre y cuando correspondan al mismo mes objeto de cobro.		<b>Firma del Contratista</b>	
		<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	Jhonattan Alfonso Wiches Ruiz
		<b>C.C.</b>	91.512.165
		<b>Firma del Supervisor</b>	
		<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	Erily Esmeralda Bernal Camacho
		<b>C.C.</b>	52213475

<b>IX. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS A ESTE FORMATO</b>	
Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar)	x
Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos	x
Formato informe mensual de Actividades del contratista	x

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91512165	JHONATTAN ALFONSO WILCHES RUIZ		Carrera 108 n 44-75	6716578	nattan23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

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	31/10/2025	91052259	\$505.700	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	204.300	0		0		0	0	0	0	204.300	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	261.500	0	0	0	0	0	0	0	261.500	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	39.900				39.900	0	0	39.900			399	39.900	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	204.300	204.300
Pensión	1	261.500	261.500
Riesgos Laborales	1	39.900	39.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>505.700</b>	<b>505.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91512165	JHONATTAN ALFONSO WILCHES RUIZ		Carrera 108 n 44-75	6716578	nattan23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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					\$505.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contenido	Subtipo	Etiquetas	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	91512165	WILCHES RUIZ JHONATTAN ALFONSO	57	0		N																230201	1.634.100	261.500	0	0	0	0	EPS010	1.634.100	204.300	14-23	1.634.100	3	39.900		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

**JHONATTAN ALFONSO WILCHES RUIZ**

NIT: 91512165-5

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Natural / CIU: 6190

CARRERA 108 # 44-75, Cali, Valle Del Cauca, Colombia, CP 760001

Tel. 3054710761

Email. nattan23@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764087357681 válida desde 2025-01-18 hasta 2026-07-18 rango desde FE-132 hasta FE-500.

SERVICIOS EN TELECOMUNICACIONES



**Nombre o Razón Social:** AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO  
**NIT :** 900334265  
**Dirección:** Calle 93 #17-45 Piso 4, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia  
**Teléfono:** 3004199947  
**Email:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Forma de Pago:** Contado  
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria  
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** FE - 146  
**MONEDA:** COP Colombia, Pesos  
**HORA EMISIÓN:** 11:02:52-05:00  
**FECHA FIRMADO:** 20/11/2025 11:02:56

**FECHA DE EMISIÓN** **FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20	11	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	041	honorarios profesional técnico entregables objeto contractual Supervisor Erily Esmeralda Bernal	NPR	1,00	\$1.859.939,50	IVA	19%	\$353,388,50	0,00	\$1.859.939,50

**Notas:**  
#S23-09-00;Contrato250de2025;erily.bernal@ane.gov.co#\$

**SON:** (dos millones doscientos trece mil trescientos veintiocho pesos )  
**CUFE:** ea30925f1bd4a281ebf7dd04b936c7293cab227630f706e458e70c1d55b565b6d95889ac94605fa96f9115972a25a0ce

<b>Subtotal:</b>	\$1.859.939,50
<b>Cargos:</b>	\$0.00
<b>Descuento:</b>	\$0.00
<b>IVA:</b>	\$353.388,50
<b>Total:</b>	\$2.213.328,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
<b>IMPUESTOS</b>			
01 IVA	\$1.859.939,50	19,00%	\$353.388,50

LA PRESENTE, POR SI SOLA, SURTE LOS EFECTOS DE TITULO VALOR EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE 2008

**Firma Digital:** SQKUwV72utCYBFH/mD3cLxigV7bb4P5Eggqj6inwSbKU70fBEEdG+q3j4wupnLCR  
mrHtAYCICHGT6DvCjgm5yJv0KbPwUcUP68xjaOvsiC2j7Rj7F  
THTULKZvwhmq7T thwQnGAF+IA9RseTY6Sn6RgSDJKUU8uV5sY1TQvLaZVHCZ31/Vvw3Tm0HJoU413F HSlNp/aqwxzh9oAw1WPg3WwjceRyxkEnHf  
idofnx5RGXYy2lBhMT3HO+lwRb6Op eUeNDDLfE/bo+0UqvKwKGhmH0k/waKfXrma27ldrpYAxjWvWvNpXoMZvliplr WroxG0WYy8YynPz8/uv5l  
4w==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

