Capital	**CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR PARA EL PAGO A CONTRATISTAS**	**CÓDIGO: AGFF-FT-003** **VERSIÓN: 2** **FECHA DE APROBACIÓN: 15/01/2026** **RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISOR

				FECHA DE EXPEDICIÓN
Nombre:	Juana Amalia González Hernández	**Nombre:**		4/05/2026
Cargo:	Secretaría General	**Cargo:**		

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Datos de identificación del contratista

Nombre del Contratista o del Propietario de Establecimiento de Comercio	Edwin Andrés Mendoza Guzmán		
No. C.C. / NIT	C.C. 1.070.589.683 de Girardot		
Régimen Tributario	No Responsable de IVA	**Tipo de persona**	Natural

Datos de identificación del contrato

Tipo	**Contrato**	**No**	536-2025
Fecha de Suscripción	4 de noviembre de 2025	**Fecha de inicio**	4 de noviembre de 2025
Tipo de contrato	Prestación de Servicios		

III. OBJETO CONTRACTUAL

SG-94 8661 - Proveer, de manera autónoma e independiente, los servicios jurídicos profesionales requeridos para apoyar y acompañar la estructuración y adelantamiento de los distintos procesos de la gestión contractual de Canal Capital.

Si es persona Jurídica:

(Actividades y/o productos entregados en el periodo)

IV. OBSERVACIONES

Tipo de observación	**Ninguna**	Detalle de la observación: Se hace entrega del informe respectivo del periodo certificado con destino al expediente contractual.

V. PERIODO CERTIFICADO

	DD	**MM**	**AAAA**
Desde	01/abril/2026		
Hasta	30/abril/2026		

Días de Servicios Prestados	**30**

SMMLV	**2026**	**$ 1.750.905**

Aportes Seguridad Social (solo para personas naturales) las personas Jurídicas adjuntan certificado de acuerdo a ley 789/2002

Base Ingreso Cotización** **$ 5.200.000**

Ítem	Tipo de Riesgo*	Pensionado	tarifa	Valor
Salud			12.5%	**650.000**
Pensión		**NO**	16%	**832.000**
ARL	II		1,044%	**54.300**

El pago de seguridad social por días aplica únicamente cuando se registra novedad de Ingreso o Retiro del Sistema de Seguridad Social de acuerdo al concepto número 202031401343831 de la UGPP.

El suscrito Supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el período certificado, conforme a las condiciones de pago, así como se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y/o ARL, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002, Decreto 1703/2002 y Decreto 1273 de 2018*.**

VI. ESTADO PRESUPUESTAL

Situación Financiera

1. Valor total contrato	$ 116.133.333
2 Adición	$ 0
3. Valor cancelado a la fecha	$ 63.700.000
4. Valor no ejecutado	$ 0
5. Valor a cancelar en este pago	**$ 13.000.000**
6. Valor a liberar	$ 0
7. SALDO =(1+2-3-4-5-6)	$ 39.433.333

Forma de pago	**Por días de Servicios Prestados**

Número total de pagos pactados	**10**	**Número de pago actual**	**6**
Número total de entregables		**Número de entregables**	

Distribución presupuestal del pago

Fuente de Financiación	No Resolución	No RP	Valor a Afectar RP
Transferencias Secretaria Hacienda		238	13.000.000
TOTALES			**13.000.000**

Centro de Costos (Sobre valor a cancelar)

Nombre	Código	Porcentaje - %
SECRETARIA GENERAL - CONTRATACIÓN	9102007	100%
Total		**100%**

VII. FIRMAS

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

Aplica para personas naturales

(Disminución de la base de retención para trabajadores independientes)

En cumplimiento del Parágrafo 1° del Artículo 4, del Decreto 2271 de 18-Junio-2009. Me permito certificar bajo la gravedad de juramento con mi firma y número de identificación, que los documentos soporte del pago del periodo arriba certificado, corresponden a los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de acuerdo a lo establecido por el Decreto 1273 de 2018, ingresos provenientes del contrato suscrito con Canal Capital

Firma del contratista
Edwin Andrés Mendoza Guzmán
C.C. 1.070.589.683 de Girardot

JUANA AMALIA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Firmado digitalmente por: JUANA AMALIA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
Serial del certificado: f820a96d6c3a759
Entidad: CANAL CAPITAL
Unidad Organizacional: SECRETARIA GENERAL
Cargo: SECRETARIO GENERAL
Localizacion: BOGOTA
Fecha y hora: 2026-05-04T17:39:37.550-05:00

Firma supervisora
Juana Amalia González Hernández
Secretaría General

Firma supervisor

Elaboró:	Angie Carolina Rodriguez Franco - contratista Secretaría General
Revisó:	Juana Amalia González Hernández – Secretaría General

*Según Decreto 1563 de 2016 y 1072 de 2015. se hace necesario que la afiliación a la ARL se realice de acuerdo a la tabla de clasificación de ocupaciones u oficios para definir el nivel de riesgo; así mismo las entidades públicas contratantes deberán realizar el pago de las cotizaciones al sistema general de riesgos laborales mes vencido cuando la afiliación del contratista sea por riego IV o V,

**En todo caso si el valor del ingreso base de cotización (IBC) es inferior a un salario mínimo, la cotización al sistema de seguridad social deberá hacerse sobre un (1) salario mínimo legal vigente al año que corresponda.

***Si la persona natural propietaria de un establecimiento de comercio tiene trabajadores a cargo, deberá acreditar no solo el pago de sus propios aportes, sino también el pago de los aportes a seguridad social y parafiscales de las personas que tenga vinculadas laboralmente - Ministerio de Protección Social - Concepto 10240/11)

CUENTA DE COBRO

CANAL CAPITAL
NIT. 830.012.587-4

DEBE A:

Nombre completo del contratista:	**Edwin Andrés Mendoza Guzmán**				
Identificación del contratista:	C.C.	X	C.E.		No. 1.070.589.683 de Girardot (Cundinamarca)
La suma de:	TRECE MILLONES DE PESOS ($13.000.000) M/CTE				
Por concepto de:	Servicios prestados del 1 al 30 de abril de 2026				
Contrato de Prestación de Servicios No.	**0536 de 2025**				
Objeto del contrato:	SG-94 8661 - Proveer, de manera autónoma e independiente, los servicios jurídicos profesionales requeridos para apoyar y acompañar la estructuración y adelantamiento de los distintos procesos de la gestión contractual de Canal Capital.				
Pago No.	Seis (6) de diez (10)				

Fecha de expedición: 04 de mayo de 2026

Edwin Andrés Mendoza Guzmán

*Para contratistas no responsables de IVA ni obligados a facturar.

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	1070589683	EDWIN ANDRES MENDOZA GUZMAN	Cra 8 # 48-25	3154210757	eandresmg20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79761323	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$5,200,000	$1.580.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	650.000	0		0		0	12	5.400	0	655.400	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	832.000	0	0	0	0	12	6.900	0	838.900	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	54.300				54.300	12	500	54.800			543	54.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.200	12	300	31.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	650.000	655.400
Pensión	1	832.000	838.900
Riesgos Laborales	1	54.300	54.800
CCF	1	31.200	31.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.567.500	1.580.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070589683	EDWIN ANDRES MENDOZA GUZMAN	Cra 8 # 48-25	3154210757	eandresmg20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79761323	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$5,200,000	$1.580.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cdóm. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070589683	MENDOZA GUZMAN EDWIN ANDRES	59	0			N																	230301	5.200.000	30	832.000	0	0	0	0	EPS005	5.200.000	30	650.000	14-23	5.200.000	30	2	54.300	CCF24	5.200.000	30	31.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO

CANAL CAPITAL
NIT. 830.012.587-4

DEBE A:

Nombre completo del contratista:	**Edwin Andrés Mendoza Guzmán**				
Identificación del contratista:	C.C.	X	C.E.		No. 1.070.589.683 de Girardot (Cundinamarca)
La suma de:	TRECE MILLONES DE PESOS ($13.000.000) M/CTE				
Por concepto de:	Servicios prestados del 1 al 30 de abril de 2026				
Contrato de Prestación de Servicios No.	**0536 de 2025**				
Objeto del contrato:	SG-94 8661 - Proveer, de manera autónoma e independiente, los servicios jurídicos profesionales requeridos para apoyar y acompañar la estructuración y adelantamiento de los distintos procesos de la gestión contractual de Canal Capital.				
Pago No.	Seis (6) de diez (10)				

Fecha de expedición: 04 de mayo de 2026

Edwin Andrés Mendoza Guzmán

*****Para contratistas no responsables de IVA ni obligados a facturar.

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	1070589683	EDWIN ANDRES MENDOZA GUZMAN	Cra 8 # 48-25	3154210757	eandresmg20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79761323	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$5,200,000	$1.580.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	650.000	0		0		0	12	5.400	0	655.400	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	832.000	0	0	0	0	12	6.900	0	838.900	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	54.300				54.300	12	500	54.800			543	54.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.200	12	300	31.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	650.000	655.400
Pensión	1	832.000	838.900
Riesgos Laborales	1	54.300	54.800
CCF	1	31.200	31.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.567.500	1.580.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070589683	EDWIN ANDRES MENDOZA GUZMAN	Cra 8 # 48-25	3154210757	eandresmg20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79761323	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$5,200,000	$1.580.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070589683	MENDOZA GUZMAN EDWIN ANDRES	59	0			N																	230301	5.200.000	30	832.000	0	0	0	0	EPS005	5.200.000	30	650.000	14-23	5.200.000	30	2	54.300	CCF24	5.200.000	30	31.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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