

	ALCALDÍA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS		Código: GHATE01-F010
	MACROPROCESO: GESTIÓN DE HACIENDA		Versión: 13.0
	PROCESO/SUBPROCESO: TESORERÍA / GESTIÓN DE PAGOS		Fecha: 04/03/2024
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL		Páginas 1 de 1

CON FUNDAMENTO EN EL INFORME PRESENTADO PARA LA EVALUACIÓN, EL SUSCRITO SUPERVISOR CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL CONTRATISTA DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN RELACIONADA A CONTINUACIÓN:

CONTRATISTA	GABRIEL ADOLFO OLIER DELIZZA		IDENTIFICACIÓN	1140868425
NUMERO DE CONTRATO	4932		FECHA CONTRATO	29/01/2026
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACCIONES ENMARCADAS DENTRO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN "PROYECTO GESTIÓN CATASTRAL CON ENFOQUE MULTIPROPÓSITO"			
VR. DE CONTRATO	\$ 43,470,000		PLAZO	6 meses
FECHA DE INICIO	30/01/2026			
SEGURIDAD SOCIAL				
NUMERO PLANILLA	9503446472		VR. SALUD	\$ 362,300
VR. PENSIÓN	\$ 463,700		VR. ARL	\$ 15,200
MES PAGADO	ABRIL			
CERTIFICADOS	NUMERO	UNIDAD EJECUTORA	FECHA	VALOR
Disponibilidad	26000277	09	13/01/2026	\$ 343,200,000.00
Registro	5396	09	30/01/2026	\$ 43,470,000.00
OBSERVACIONES:				
La presente certificación se expide para el cobro de (\$ 7,245,000.00) correspondiente a la TERCERA cuota.				

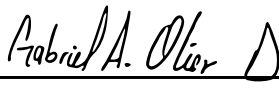
Atentamente,



344853

CLARENA GARCIA MONTES
PROFESIONAL ESPECIALIZADA CODIGO 222 GRADO 45
Supervisor

Actuando en mi calidad de supervisor o interventor de este contrato, certifico que he validado la información aquí relacionada y que toda la documentación que se encuentra anexa a este certificado es fidedigna. Razón por la cual doy fe que la cuota o servicio fue ejecutada satisfactoriamente por el contratista, por lo tanto, doy mi autorización y orden para que se realice su pago.

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – DECRETO 2231 DE 2023 (Marcar con una (x), según corresponda)
() Bajo la gravedad de juramento, y de acuerdo con el artículo 11 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que NO solicitaré a la U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES costos y deducciones asociados a las rentas de trabajo recibidas del Distrito de Cartagena de Indias, objeto de la presente solicitud, de conformidad con lo previsto en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 (modificado por el Art.9 del Decreto 2231/2023). Dicho lo anterior, solicito la aplicación del beneficio de depuración de la retención en la fuente prevista en el Artículo 383 del Estatuto Tributario. (X) Bajo la gravedad de juramento, y de acuerdo con el artículo 11 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que solicitaré a la U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES la aplicación de costos y deducciones asociados a las rentas de trabajo recibidas del Distrito de Cartagena de Indias producto de mi relación con la misma, objeto de la presente solicitud. Dicho lo anterior, solicito la aplicación de la retención en la fuente prevista en los Artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario según corresponda.
En constancia de lo anterior se firma a los 05 días del mes de Mayo de 2026 
Firma: Nombre: GABRIEL ADOLFO OLIER DELIZZA Documento de Identificación: 1140868425 Dirección: .
En cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato de prestación de servicios aquí relacionado, me permito manifestar que la información contenida en el mismo, es correcta y cuenta con mi autorización.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140868425		OLIER DELIZZA GABRIEL ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 64B # 85 - 180 APTO 501	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002775	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	283233208	9503446472	I	2026/05/08	2026/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	\$841,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,898,000	\$463,700			\$2,898,000	\$362,300			\$0	\$0			\$2,898,000	\$15,200	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,898,000	\$463,700			\$2,898,000	\$362,300			\$0	\$0			\$2,898,000	\$15,200	
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,898,000	\$463,700			\$2,898,000	\$362,300			\$0	\$0			\$2,898,000	\$15,200	
1	CC	1140868425	OLIER GABRIEL	230201	30	\$2,898,000	\$463,700	EPS010	30	\$2,898,000	\$362,300	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,898,000	\$15,200	0
Total Afiliados(1)					\$2,898,000	\$463,700			\$2,898,000	\$362,300			\$0	\$0			\$2,898,000	\$15,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140868425		OLIER DELIZZA GABRIEL ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 64B # 85 - 180 APTO 501	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002775	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	283233208	9503446472	I	2026/05/08	2026/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$841,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$463,700	\$0	\$0	\$463,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$463,700	\$0	\$0	\$463,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,200	\$0	\$0	\$15,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$15,200	\$0	\$0	\$15,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$362,300	\$0	\$0	\$362,300	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$362,300	\$0	\$0	\$362,300	
TOTAL				1	\$841,200	\$0	\$0	\$841,200	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto13Actualización de oficio

4. Número de formulario141101558248

(415)7707212489984(8020)0000141101558248

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)11408684251

6. DV1

12. Dirección seccionalImpuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida2

25. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía13

26. Número de Identificación1140868425

28. PaísCOLOMBIA169

29. DepartamentoAtlántico08

30. Ciudad/MunicipioBarranquilla001

31. Primer apellidoOLIER

32. Segundo apellidoDELIZZA

33. Primer nombreGABRIEL

34. Otros nombresADOLFO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA169

39. DepartamentoAtlántico08

40. Ciudad/MunicipioBarranquilla001

41. Dirección principalCR 67 75 135 CA 5

42. Correo electrónicogabolier94@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 13114346539

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código9411

47. Fecha inicio actividad20190319

Actividad secundaria

48. Código7112

49. Fecha inicio actividad20200325

Otras actividades

50. Código1201410161

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código52249

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

11121314151617181920

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. AnexosSI☐NONO☒

60. No. de Folios:0

61. Fecha2024-08-07 / 10:16:33AM

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. NombreACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 07-05-2026 09:34:39AM