ANEXO No. 2 – Carta de Certificación de pagos de aportes

Bucaramanga, abril 29 de 2026

Señores

COLEGIO TÉCNICO INDUSTRIAL JOSÉ ELÍAS PUYANA

Att: Esp. HUGO HERNÁN SERRANO MANTILLA

Calle 4 N° 11-79

Floridablanca

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento,

CERTIFICO

Que **ROI COMERCIALIZADORA SAS**

NIT: **901.118.864-3**

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.

ACTÚO EN MI CALIDAD DE:

Contador __X_____ Tarjeta Profesional No. **68505-T.**

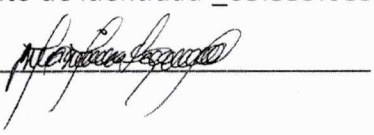
Representante Legal _____

Proponente Persona Natural _____

Nombre de la persona que suscribe la presente certificación:

ANA MARIA LAGUADO GAMBOA

Documento de identidad _63.339.083 de Bucaramanga

Firma 

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

68505 - T



ANA MARIA
LAGUADO GAMBOA
C.C. 63339083
RESOLUCION INSCRIPCION 152 FECHA 02/12/1999
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUNOZ 76801

IDEQS

PIRMA DEL TITULAR 2330

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

DUPLICADO

LOSOFORMAS CNM 2922588

ANEXO No. 2 – Carta de Certificación de pagos de aportes

Ciudad y fecha

Señores
COLEGIO TÉCNICO INDUSTRIAL JOSÉ ELÍAS PUYANA
Att: Esp. HUGO HERNÁN SERRANO MANTILLA
Calle 4 N° 11-79
Floridablanca

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento,

CERTIFICO

Que Roi Comercializadora S.A.S
NIT 901.118.864-3
(Nombre o Razón social del proponente agregando el correspondiente NIT)

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.

ACTÚO EN MI CALIDAD DE:

Contador _____ Tarjeta Profesional No._____
Representante Legal X
Proponente Persona Natural _____

Nombre de la persona que suscribe la presente certificación:
Valeria Galvis Farfan

Documento de identidad 1.193.598.836 de Bucaramanga

Firma Valeria Galvis F.

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Contador y/o el Representante Legal. Para el caso de personas naturales la firma el mismo proponente.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901118864
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ROI COMERCIALIZADORA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 37 38-28 APTO 302	TELÉFONO:	6786238
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6012465629			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2026	
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			219686752

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 560.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.400	$ 0	$ 560.400
SUBTOTALES:										**$ 560.400**	**$ 0**	**$ 560.400**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 140.200
SUBTOTALES:													**$ 140.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 140.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.400	$ 18.400	$ 0	$ 0	$ 18.400
SUBTOTALES:									**$ 18.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	2	$ 140.200	$ 0	$ 140.200
SUBTOTALES:			**$ 140.200**	**$ 0**	**$ 140.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1098795703	DALVIS FARFAN ANDRES FELIPE	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI
2	CC 1193598836	DALVIS FARFAN VALERIA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI

Nº	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	
2																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	1	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF39-CAJASAN	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	1	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF39-CAJASAN	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 859.200

Planilla Pagada