Supersubsidio	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGOS**	CÓDIGO	FO-GFP-018
		VERSIÓN	4
		CREACIÓN	18/02/2025

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO o CONVENIO No:	VIGENCIA	NUMERO DE PAGO	TIPO DE CONTRATO	PERIODO DE COBRO (DD/MM/AA)	
SSF CPS 018 DE 2026	2026	5	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**1/05/2026**	**31/05/2026**

OBJETO:

OAP-ID:102 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ORIENTADOS A OPTIMIZAR DE MANERA CONTINUA EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN, MIPG, Y DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NIT / CC No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
1.049.628.701	JORGE NICOLAS OLAYA MESA	3204167232	JNICOLASOLAYA@GMAIL.COM

3. INFORMACION SOBRE EL PAGO A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

N° COMPROMISO PRESUPUESTAL	RUBRO	persona juridica?	N° FACTURA ELECTRONICA (Si aplica)	VALOR ANTES DEL IVA	VALOR DEL IVA (Si aplica)	TOTAL
3026	C-3699-1300-10-53105B-3699053-02	NO	N/A	N/A	N/A	10.300.000,00
						-
						-
TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE						10.300.000,00

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/ Interventor del contrato, convenio o servicio anteriormente descrito **CERTIFICO** que el contratista/proveedor ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato/convenio, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para **AUTORIZAR** el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato y las normas vigentes, los mismos se encuentran debidamente cargados en el sistema SECOP II (para los pagos que apliquen).

La supervisión y/o interventoría **CERTIFICA** que verificó el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) allegados por el contratista/proveedor, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(....) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal(...)". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que apliquen, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito, quedado recibida a través del aplicativo SIIF Nación, para ello tener en cuenta lo establecido en las "Guías de Facturación Electrónica del SIIF Nación Validador de Factura Electrónica - VFE".

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMA:

DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)

Nombre(s) : CLAUDIA PATRICIA MARTINEZ JARAMILLO

 # de Identificación : c.c 43561484

Cargo(s) : JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

Dependencia(s) : OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nota: Si el contrato tiene más de un supervisor, este formato debe contener la totalidad de las firmas de los supervisores

SUPERVISOR # 2 | **SUPERVISOR # 3** | **SUPERVISOR # 4**

OBSERVACIONES:	
	Nota: Incluir información relavante para este pago que no haya sido mencionada en los campos anteriores.

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que JORGE NICOLAS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1049628701, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JORGE NICOLAS OLAYA MESA con documento CC 1049628701, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6016807631	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2026	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2026
Fecha Pago	2026/05/20	Número de Autorización	322867920

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	231001 - COLFONDOS
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PAGO PLANILLA	VALOR MES	BASE 40%	12,50%	16%	TOTAL
ABRIL - NICOLAS	10.300.000	4.120.000	515.000	659.200	1.174.200