



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:	DIANA PAOLA MORALES MORA /	
2026	8	1	Cargo:	SUBDIRECTORA DE VIGILANCIA Y CONTROL /	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista		Nº C.C.	10.767.267
Omar Picon Ortega			
REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO		REI	
Número de Contrato	197 del 2026	Código de la Actividad Económica	
Fecha del Registro Presupuestal	14/07/2026	Es Responsable de IVA?	
Fecha de Aprobación de la Poliza	14/07/2026	Es Declarante de Renta?	
Fecha de afiliación ARL	14/07/2026	Contrato asociado a Convenio?	
Plazo de Ejecución Hasta	15/12/2026		

Agencia Nacional de Espectro
Comunicación Interna

Radicado: GD-010207-I-2026
Fecha: 2026-08-06 - 10:45
Anexos: Sin anexos
Folios: 4

Se 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 de los niveles de señal, parámetros y características asociadas de las estaciones de los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones móviles PRSTM en las zonas que la ANE indique, en el marco del Convenio Interadministrativo No. 1112-2026 (FUTIC) - 139-2026 (ANE).

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

CLÁUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO La ANE pagará al contratista el valor del contrato así: 1.Un (1) pago hasta por la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE (\$ 4.703.322), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de julio de 2026, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) diarios.2. Cuatro (4) pagos iguales, cada uno 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, correspondientes a los meses comprendidos entre agosto y noviembre de 2026.3.Un (1) pago hasta por la suma de CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$ 4.149.990), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de diciembre de 2026, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) diarios.

III. PLANILLA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

No. Autorización o Planilla: Periodo Liquidado (Planilla): *3 y *4 Valor IBC 40% INGRESOS: *5	9508948838	APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
	JULIO 2026	Salud 12,5%	\$ 235.200,00
	\$ 1.881.334,00	Pensión 16%	\$ 301.100,00
		Fondo Solidaridad *1	\$ 0,00
		ARL *2	\$ 45.900,00

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 deba 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

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

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

V. PERIODO DE COBRO, CERTIFICACIÓN Y VALOR AUTORIZADO

MES DE COBRO	Julio	Número total de pagos	6	Número de pago actual	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, pensión 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:

\$ 4.703.322,00	CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS PESOS 00/100 M.L.
-----------------	--

VI. ESTADO PRESUPUESTAL

1. Valor total contrato	\$ 42.053.232,00	No. Registro Presupuestal	45426	Fecha	14/07/2026
2. Adición o Reducción	\$ -				
3. Valor pagado	\$ -	No. Registro Presupuestal Adición		Fecha	
4. Valor a pagar	\$ 4.703.322,00				
5. SALDO = (1+2-3-4)	\$ 37.349.910,00				

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.		Firma del Contratista	
		NOMBRE Y APELLIDOS: Omar Picon Ortega	
		C.C.	10.767.267
		Firma del Supervisor	
IX. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS A ESTE FORMATO		Firma del Supervisor	
Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar)		NOMBRE Y APELLIDOS: DIANA PAOLA MORALES MORA	
Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos	x	C.C.	52080131
Formato informe mensual de Actividades del contratista	x		



FORMATO DE CLASIFICACIÓN TRIBUTARIA PARA DEPURACIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE CONTRATISTAS

Bogotá, 1 de agosto de 2026

Señores
AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO (ANE)
Ciudad

En virtud de los artículos 126-1, 126-4 y 387 del Estatuto Tributario, me permito efectuar los siguientes pronunciamientos bajo la gravedad de juramento y remitir los respectivos soportes con el fin de que sean aplicados para la depuración de la retención en la fuente aplicable en cada uno de los pagos efectuado sobre el contrato suscrito a mi nombre, así:

ES USTED DECLARANTE DE RENTA	NO
CERTIFICACIÓN POR PAGO DE INTERESES O CORRECCIÓN MONETARIA EN PRESTAMOS PARA ADQUISICIÓN DE VIVIENDA:	NO PRESENTO
Estoy remitiendo el certificado expedido por <u>Ingresar Entidad</u> correspondiente al año 2025.	
<i>Si la certificación está a nombre del contratista y conyugue u otro, diligenciar los siguientes campos:</i>	
Teniendo en cuenta que la certificación se emite a mi nombre y el de mi cónyuge/otro tercero, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que los intereses de vivienda certificados se tomaran en las siguientes proporciones y que mi cónyuge/otro tercero solo utilizará o ha aplicado como deducción el porcentaje aquí indicado:	
Aplicar a mi nombre <u>Ingresar Porcentaje</u> % y aplicar al cónyuge/otro tercero <u>Ingresar Porcentaje</u> %	

Agencia Nacional del Espectro

Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 5
TRD 130.131.41



**CERTIFICACIÓN POR PAGO DE INTERESES O
CORRECCIÓN MONETARIA EN PRESTAMOS PARA
ADQUISICIÓN DE VIVIENDA:**

**NO
PRESENTO**

Soporte:

Certificación de la entidad bancaria que acredite el pago de los intereses de vivienda de la vigencia anterior con la descripción del(os) titular(es).

**CERTIFICACIÓN POR PAGO DE SALUD PREPAGADA O
COMPLEMENTARIA:**

**NO
PRESENTO**

Estoy remitiendo la certificación de pago por concepto de salud prepagada o complementaria expedido por **Ingresar Entidad**, de la cual soy titular, correspondiente al año 2025.

Soporte:

Certificación de la entidad de medicina prepagada o complementaria en la que se acredita el pago de este concepto en la vigencia anterior con la descripción de titular y beneficiarios.

**CERTIFICACIÓN PARA APORTES VOLUNTARIOS A
CUENTAS AFC O AVP:**

**NO
PRESENTO**

Me permito solicitar que sea aplicado un descuento de mis honorarios al momento del pago, con el objeto de efectuar un aporte voluntario a un fondo de pensiones o una cuenta AFC, de la siguiente manera:

Valor del aporte voluntario:	Ingresar Valor
Nro. de cuenta AFC:	Ingresar No. de la Cuenta
Entidad bancaria de la cuenta AFC:	Ingresar Entidad Bancaria
Fondo de pensiones:	Ingresar Nombre del Fondo de Pensiones

El mes y el monto definitivos para aplicar como descuento, será el informado mediante el Formato de Causación y Pago para Contratistas que se radique para el cobro de mis honorarios de forma mensual.

Agencia Nacional del Espectro

Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 5
TRD 130.131.41



Soporte:

Certificación de la entidad bancaria en el que se acredite la constitución de la cuenta AFC o Certificación de la afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias en el que se acredite la constitución de una cuenta de aporte voluntario.

CERTIFICADO DE DEPENDIENTES:

**NO
PRESENTO**

Atentamente me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que tengo a la siguiente persona como dependiente, para efectos de que sea disminuida la base de retención en la fuente por los pagos por honorarios efectuados a mi nombre de la siguiente manera:

Ingresar Nombres y Apellidos identificado con **Seleccionar** No. Ingresar No. de Documento que es **Seleccionar** y relacionado en la presente declaración como mi **Seleccionar**.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que **NINGUNA OTRA PERSONA** ha presentado como dependiente a la persona por mi indicada en este documento.

Con el objeto de probar la dependencia económica, el contribuyente suministrará al agente retenedor el siguiente soporte, según el artículo 387 del Estatuto Tributario (adjuntar únicamente el o los documentos soporte requeridos para soportar **UN ÚNICO DEPENDIENTE**):

TIPO DE DEPENDIENTE	SOPORTE POR ENTREGAR
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Copia del Registro Civil de Nacimiento
TIPO DE DEPENDIENTE	SOPORTE POR ENTREGAR
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años.	Certificado de educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Agencia Nacional del Espectro

Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 5
TRD 130.131.41



Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos	Certificado de Medicina Legal.
El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT	Certificado de contador público o certificado de Medicina Legal por dependencia originada en factores físicos o psicológicos.
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.	Certificado de contador público o certificado de Medicina Legal por dependencia originada en factores físicos o psicológicos.

PARÁGRAFO 3 DEL ARTÍCULO 383 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO:	NO PRESENTO
En virtud del parágrafo 3 del artículo 383 del Estatuto Tributario, NO SOLICITO la aplicación de una tarifa de retención superior a la determinada en este artículo (Retención por Honorarios del 10% u 11%).	

La presente información se entrega en la ciudad de Bogotá a los 01 días del mes de agosto del año 2026 y aplicara para el periodo abril 2026 a marzo 2027.

Cordialmente,

Omar Eduardo Picón Ortega
10767267
Omar.picon@ane.gov.co
3005061055

Agencia Nacional del Espectro

Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 5
TRD 130.131.41



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LA MODIFICACIÓN	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
0	23/03/2023	Publicación o emisión. Este formato incluye y asume lo establecido en el formato: FOR_Certificado y carta remisoría de Documentos para depuración de Retención en la Fuente	Lady Correa Grimaldo	Sully Janneth Pérez Méndez	Sandra Liliana Martínez
1	01/04/2024	Se actualiza formato según manual de marca	Mary Sabogal	Lady Correa Grimaldo	Lady Correa Grimaldo
2	30/04/2024	Se actualiza formato incluyendo cambio de vigencia y añadiendo solicitud de selección de tarifa de honorarios	Mary Sabogal / Odair José Duque	Santiago Peláez Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo
3	19/07/2024	Se actualiza por cambio de marca institucional	Mary Sabogal / Odair José Duque	Juan Moreno Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo
4	26/03/2025	Se actualiza el año de vigencia de la información.	Cristina Cadena/ Mary Sabogal	Santiago Peláez Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo
5	30/03/2026	Se actualiza el año de vigencia de la información y se le agregó la consulta si son o no declarantes de renta.	Cristina Cadena/ Mary Sabogal	Santiago Peláez Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo

Agencia Nacional del Espectro

Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 5
TRD 130.131.41

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10767267		PICON ORTEGA OMAR EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 22 21 33	MONTERIA-CORDOBA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	526585339	9508948838	I	2026/08/19	2026/07/31	BANCOLOMBIA	\$582,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	10767267	PICON ORTEGA OMAR EDUARDO	X																	25-14	17	\$1,881,334	\$301,100	EPS002	17	\$1,881,334	\$235,200		0		\$0	\$0	14-23	17	\$1,881,334	\$45,900	0		\$0	\$0	No	\$582,200
Total		Afiliados(1)																					\$1,881,334	\$301,100			\$1,881,334	\$235,200			\$0	\$0			\$1,881,334	\$45,900			\$0	\$0		\$582,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10767267		PICON ORTEGA OMAR EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 22 21 33	MONTERIA-CORDOBA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	526585339	9508948838	I	2026/08/19	2026/07/31	BANCOLOMBIA	0	\$582,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$301,100	\$0	\$0	\$301,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$301,100	\$0	\$0	\$301,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,900	\$0	\$0	\$45,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$45,900	\$0	\$0	\$45,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,200	\$0	\$0	\$235,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$235,200	\$0	\$0	\$235,200
TOTAL				1	\$582,200	\$0	\$0	\$582,200