ANE

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:	CAROLINA MOSQUERA LONDOÑO /	
2026	8	30	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-24 /	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista

GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO	**N° C.C.**	1.015.426.153

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO		REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RUT			
Número de Contrato	179 del 2026	**Código de la Actividad Económica asociada al contrato**		6910	
Fecha del Registro Presupuestal	2/07/2026	**Es Responsable de IVA?**		NO	
Fecha de Aprobación de la Poliza	**2/07/2026**	**Es Declarante de Renta?**		Si	
Fecha de afiliación ARL	**2/07/2026**	**Contrato asociado a Convenio?**	No	**N°**	NA
Plazo de Ejecución Hasta	**31/12/2026**				

Son 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 servicios profesionales a la Subdirección de Soporte Institucional - Grupo de Contratación de la ANE,apoyando la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2026 en los temas jurídicos y administrativos relativos a los procesos contractuales en todas sus modalidades y etapas.

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

CLAÚSULA SEXTA: FORMA DE PAGO. La ANE pagará al contratista el valor del contrato así: A) Un (1) pago, hasta por la suma de NUEVE MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE. ($9.210.400), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicios efectivamente prestados durante el mes de julio 2026, a razón de TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($317.600) diarios.B) Cuatro (4) pagos iguales, cada uno por la suma de NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE. ($9.528.000), incluidos todos los tributos a que haya lugar, correspondientes a los meses de servicio efectivamente prestados comprendidos entre agosto y noviembre.C) Un (1) pago en el mes de diciembre hasta por la suma de NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE. ($9.528.000), incluidos todos los tributos a que haya lugar.

III. PLANILLA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

No. Autorización o Planilla:	9509676682
Periodo Liquidado (Planilla):*3 y *4	AGOSTO 2026
Valor IBC 40% INGRESOS: *5	**$ 3.811.200,00**

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
Salud 12,5%	**$ 476.400,00**
Pensión 16%	**$ 609.800,00**
Fondo Solidaridad *1	**$ 0,00**
ARL*2	**$ 19.900,00**

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 tendra 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 debera** 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 tendra 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 **Agosto** **Número total de pagos** 6 **Número de pago actual** 2

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:

$ 9.528.000,00 **NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS 00/100 M.L.**

VI. ESTADO PRESUPUESTAL

1. Valor total contrato	$ 56.850.400,00				
2 Adición o Reducción	$ -	**No. Registro Presupuestal**	40726	**Fecha**	2/07/2026
3. Valor pagado	$ 9.210.400,00	**No. Registro Presupuestal Adición**		**Fecha**	
4. Valor a pagar	$ 9.528.000,00				
5. SALDO = (1+2-3-4)	$ 38.112.000,00				

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 deberan 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: GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO
C.C. 1.015.426.153

IX. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS A ESTE FORMATO		**Firma del Supervisor**		**Firma del Supervisor**	
Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar)		carolina mosquera			
Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos	x	**NOMBRE Y APELLIDOS: CAROLINA MOSQUERA LONDOÑO**		**NOMBRE Y APELLIDOS:**	
Formato informe mensual de Actividades del contratista	x	**C.C.**	**66996037**	**C.C.**	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015426153		LOBO GARRIDO GUSTAVO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 59 # 56 - 63 INTERIOR 3 APT 111	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7506571	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	578862041	9509676682	I	2026/09/11	2026/08/19	BANCOLOMBIA		$1,182,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1015426153	LOBO GUSTAVO																		230901	30	$3,811,200	$609,800	EPS008	30	$3,811,200	$476,400	CCF24	30	$3,811,200	$76,300	14-23	30	$3,811,200	$19,900	30	$0	$0	No	$1,182,400
Total	**Afiliados(1)**																						$3,811,200	$609,800			$3,811,200	$476,400			$3,811,200	$76,300			$3,811,200	$19,900		$0	$0		$1,182,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015426153		LOBO GARRIDO GUSTAVO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 59 # 56 - 63 INTERIOR 3 APT 111	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7506571	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	578862041	9509676682	I	2026/09/11	2026/08/19	BANCOLOMBIA		$1,182,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$609,800					$0	$609,800
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$609,800	$0	$0	$0	$0	$0	$609,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,900					$0	$19,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,900	$0	$0	$0	$0	$0	$19,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$76,300					$0	$76,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$76,300	$0	$0	$0	$0	$0	$76,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$476,400					$0	$476,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$476,400	$0	$0	$0	$0	$0	$476,400
TOTAL				1	$1,182,400	$0	$0	$0	$0	$0	$1,182,400