Unidad Solidaria

Al contestar cite Radicado 202602300027803 Id: 2969
Folios: 1 Fecha: 04-11-2026 16:13:02
Anexos: 3 MEDIOS DIGITALES
Remitente: GRUPO DE GESTION FINANCIERA
Destinatario: GRUPO DE GESTION FINANCIERA
Asunto: LISTA DE CHEQUEO

Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias

VERSIÓN 13 - CÓDIGO FO-GDO-17 - FECHA EDICIÓN 18/06/2024

Bogotá D.C., 03 de noviembre de 2026

Doctora
FRANCY YOLIMA MORENO VASQUEZ
Coordinadora Grupo Gestión Financiera
Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias.
Ciudad

Asunto: Documentos Financieros Para VoBo, Para el Tramite de Pago 7 del contrato No. 271 de 2026

Respetada Doctora,

En mi calidad de supervisora del Contrato **No. 271 de 2026**, suscrito con el contratista Andres David Florez Sierra, me permito remitir los documentos financieros correspondientes para su revisión y VoBo, para el trámite del **pago No. 7**, del período comprendido entre el **01 y el 31 de agosto de 2026**.

Se adjunta:

Lista de Chequeo	SI
Cuenta de cobro	SI
Recibo a satisfacción	SI
Certificado de seguridad social	SI
Planilla de pago de seguridad social	SI
Oficio remisorio	SI
Certificación de Declarante	No aplica

Atentamente,

MITSY LISBETH AGUILAR SAAVEDRA
Profesional Especializado

Supervisora Contrato No. 271 de 2026
Grupo Región Sur

Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias	*LISTA DE CHEQUEO PAGOS*

VERSIÓN 15	CODIGO FO-GFI-02	FECHA EDICIÓN: 20/06/2024

PROCESO COLOMBIA COMPRA EFICIENTE NO

CONTRATO No. - AÑO 271 DE 2026

BENEFICIARIO: ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA

NIT-DV: 1.110.531.626 | 9 **CDP No.:** 1026 **RP No. :** 27026 **Pago No.:** 7

Tipo de beneficiario: Persona Natural

Fecha Acta de Inicio y/o Cesión: 03-feb-2026

Producto: SERVICIO

LISTA DE CHEQUEO

DOCUMENTOS	ADJUNTO	CUMPLE
1. Factura Electrónica (Pantallazo Aprobado en Olimpia IT), Documento Equivalente o Cuenta de Cobro (según RUT) Original y Copia.	SI	
2. Recibo a satisfacción (Original y Copia).	SI	
3. Oficio remisorio radicado de informes supervisor y contratista / cooperante donde se relacione el No. de informe y el cronograma de actividades si aplica.	SI	
4. Certificado pago Seguridad Social sobre ingresos del Contrato acompañado de la/s planilla/s (salud, pensión, ARL)	SI	
5. Certificación de Declarante*. El contratista puede adicionar soportes para reducir su retención en la fuente.	NO	

* Aplica para primeros pagos o desembolsos de cada vigencia.

MITSY LISBETH AGUILAR SAAVEDRA
Profesional Especializado
Supervisora Contrato No. 271 de 2026
Grupo Región sur

Revisó Financiera: _____

Aprobó para pago: _____

Bogotá, 03 de noviembre de 2026

CUENTA DE COBRO 007
CONTRATO Nº 271 de 2026

LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
NIT: 899.999.050-8

DEBE A:
Andres David Florez Sierra
NIT. 1110531626 – 9

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE. ($4.100.000)

POR CONCEPTO DE:

Prestar servicios de apoyo a la gestión para adelantar actividades operativas y administrativas que contribuyan al cumplimiento de las actividades de fomento, fortalecimiento y seguimiento de las organizaciones, redes y circuitos de la economía solidaria, popular, comunitaria y social, teniendo en cuenta los requerimientos en territorio en el marco de la implementación de la Agenda de Asociatividad Solidaria para la Paz y los demás programas, estrategias y planes que defina la Unidad Solidaria.

El anterior cobro corresponde al **séptimo pago** conforme a la forma de pago del **Contrato No 271 de 2026**, que corresponde al periodo comprendido entre el **1 al 31 de agosto de 2026**.



Andrés David Flórez Sierra
CC. 1110531626

CERTIFICACION

Yo, **MITSY LISBETH AGUILAR SAAVEDRA** identificada con la C.C. **No. 1.090.449.950**, en mi calidad de supervisora del contrato **No. 271 de 2026**, **CERTIFICO** que, **ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA** en su calidad de contratista, identificada con **NIT No. 1110531626 – 9** cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones estipuladas en el contrato **No. 271 de 2026**, por el período comprendido entre el **01 de agosto de 2026 y el día 31 de agosto de 2026** que representa el **pago No. 7**, conforme a la cláusula de forma de pago y de acuerdo con lo consignado en el informe presentado por el contratista con destino al expediente contractual, previamente revisado y aprobado. Del presente certificado hace parte el informe de supervisión que contiene los aspectos: técnico, administrativo, contable, financiero y jurídico y que reposa en la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

Que, en cumplimiento de las obligaciones legales aplicables, se verificó que el contratista acreditó el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes al período exigible, mediante la revisión del soporte respectivo. Esta verificación se efectuó de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007; el artículo 50 de la Ley 789 de 2002; el artículo 89 de la Ley 2277 de 2022; el Decreto 1273 de 2018 y las demás disposiciones concordantes, teniendo en cuenta las reglas aplicables a la condición de trabajador independiente y al período de cotización exigible.

Que el contrato **No. 271 de 2026,** no presenta irregularidades ni inconvenientes en su ejecución y en consecuencia se procede a solicitar el pago por valor de **CUATRO MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($4.100.000),** según la forma de pago del mismo.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C, el día tres (03) del mes de noviembre de 2026, para su correspondiente trámite de pago.

Atentamente,

MITSY LISBETH AGUILAR SAAVEDRA
Profesional Especializado
Supervisora Contrato No. 271 de 2026
Grupo Región Sur

CERTIFICACIÓN

PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

(SALUD, PENSIÓN, ARL)

Yo **ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA,** identificado con C.C. No. 1110531626, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento certifico:

Que los documentos soporte del pago de la seguridad social del mes de **agosto y septiembre 2026**, corresponden a los ingresos provenientes del **contrato No. 271 de 2026**, con el fin de disminuir la base de retención.

Esta declaración la hago el **día tres (03) del mes de noviembre de 2026**, con destino a la ***UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS*****,** para que surta los efectos legales.

Cordialmente,



ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA
C.C. No. 1110531626

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110531626	ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA	Carrea 28 17 sur	3166210090	florez.1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94544500	21/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$513.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	14	2.300	0	221.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	14	3.000	0	283.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	14	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.200
Pensión	1	280.200	283.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	513.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110531626	ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA	Carrea 28 17 sur	3166210090	florez.1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94544500	21/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$513.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1110531626	FLOREZ SIERRA ANDRES DAVID	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110531626	ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA	Carrea 28 17 sur	3166210090	florez.1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95396873	13/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$510.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	6	1.000	0	219.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	6	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	510.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110531626	ANDRES DAVID FLOREZ SIERRA	Carrea 28 17 sur	3166210090	florez.1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95396873	13/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$510.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1110531626	FLOREZ SIERRA ANDRES DAVID	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información