PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS

LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITES DE PAGO

Versión: 9.0	Fecha: 24/01/2024	Página: 1 de 1

CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS

PS:

No. CTO:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SI/NO (Marque con una X)**
6	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
9	POLIZA DE GARANTÍA	
10	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
11	COPIA DEL CONTRATO	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — AREA DE CONTABILIDAD

CONTRATOS DE PROVEEDORES (BIENES Y SERVICIOS)

CONTRATISTA: Liga de Ketito

No. CTO: 05-ARD-CTCAN-2024

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	ENTRADA DE BIENES DEL ALMACEN	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SI/NO (Marque con una X)**
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
8	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
9	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
10	POLIZA DE GARANTÍA	
11	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
12	COPIA DEL CONTRATO	
13	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

Sandra Liliana Rodriguez

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

PAGOS DE CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS

CONTRATISTA:

No. CTO:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA O SECOP (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL O INFORME DE SUPERVISIÓN QUE INDIQUE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO PRESTADO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE DE SOLICITUD DE PAGO	
5	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	
6	SOPORTES DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Verificar por parte del Supervisor del contrato en SISPRO)	
	DOCUMENTOS ADICIONALES EN EL PRIMER TRAMITE DE PAGO	**SI/NO (Marque con una X)**
7	OFICIO CERTIFICACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE RENTA	
8	CERTIFICACIÓN BANCARIA DE LA CUENTA DEL PROVEEDOR	
9	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
10	APROBACIÓN DE GARANTÍA ÚNICA	
11	POLIZA DE GARANTÍA	
12	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
13	COPIA DEL CONTRATO	
14	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO	

OBSERVACIONES:

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — SUPERVISOR

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

PAGOS RESOLUCIÓN SERVICIOS MEDICOS - ENTIDADES ESM ANIMO DE LUCRO - CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS - ENTIDADES ASEGURADORAS

ENTIDAD:

No. FACTURA:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
4	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CON LOS REQUISITOS TRIBUTARIOS ESTABLECIDOS "FIRMA O SELLO DEL EMISOR"	
5	INFORME DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL CASO DE SERVICIOS MEDICOS	
6	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
7	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
8	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS — USUARIO RESPONSABLE TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

PAGO VIÁTICOS

FUNCIONARIO:

No. CÉDULA:

No. RESOLUCIÓN:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
1	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
2	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
3	RESOLUCIÓN POR LA CUAL SE DESTINA LA COMISIÓN PERSONAL CIVIL	
4	RESOLUCIÓN DE ORDENAMIENTO DE PAGO	
5	CUMPLIDO DE COMISIÓN	
6	FORMATO LIQUIDACIÓN VIÁTICOS	
7	REPORTE SIIF NACIÓN REGISTRO CUENTA BANCARIA ACTIVA	
8	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
9	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

PAGO SERVICIOS PÚBLICOS

ENTIDAD

No. FACTURA:

ITEM	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN FÍSICA (Marque con una X)
5	OBLIGACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL CONTADOR Y ORDENADOR DEL GASTO	
1	FORMATO "TRÁMITE DE DOCUMENTO PARA PAGO"	
2	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO DEBIDAMENTE FIRMADO	
3	PLANILLA RESUMEN RELACIÓN DETALLADA DE SERVICIOS DE ENERGÍA O LÍNEAS DE SERVICIOS DE TELEFONOS DE LA DISAN O ESM	
4	FACTURA SERVICIOS PÚBLICOS	

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN ENTREGA — ÁREA RESPONSABLE DEL TRAMITE

GRADO - NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE — ÁREA DE CONTABILIDAD

	ARMADA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
	GESTION CONTRACTUAL	
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL	
	Versión: 3.0	Fecha :25-06-2013

Acta No 02 Correspondiente al mes de ABRIL de 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	16/04/2024
Contrato, Orden o convenio Nº	No 036-ARC-DISAN-2024
Contratista	CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
Identificación (Cedula o Nit)	899.999.118-1
Objeto	ARRENDAMIENTO DEL BIEN INMUEBLE CORRESPONDIENTE A LA OFICINA 604 DEL EDIFICIO BACHÚE UBICADO EN LA CARRERA 10 No. 27-27
Valor Total del Contrato	VEINTIÚN MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DIECISÉIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($21.692.016,00 M/CTE)
Plazo de Ejecución	A PARTIR DEL DÍA 04 DE MARZO DEL 2024 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.
Forma y Condiciones de Pago	Pagos Mensuales
Número de la factura	FV- 5614
Valor de la Factura	$ 2.183.760,00
Saldo del contrato	$ 17.470.080,00 Ejecutado 19,46%
No CDP	CDP No 6424 DEL 16 DE ENERO DEL 2024
No RP	CRP No 6724 DEL 05 DE MARZO DEL 2024

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N°**	**VALOR**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM	N/A				
Observaciones	Con fundamento en lo anterior el suscrito supervisor de __N/A__, manifiesta que el contratista__N/A_ cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.				

CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO	
Descripción	Arrendamiento del bien inmueble correspondiente al mes de ABRIL del año 2024, a la oficina 604 del Edificio Bachue ubicado en la Carrera 10 No 27-27.
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No 036-ARC-DISAN-2024 manifiesta que el contratista CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra

Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal del mes de MARZO de 2024

SMSM LILIANA RODRIGUEZ FERNANDEZ
Supervisora Contrato 036 ARC-DISAN-2024
CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
liliana.rodriguez@armada.mil.co

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
NIT: 899999118-1

CREMIL
Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

Carrera 10 Nº 27 - 27 EDIFICIO BACHUE Piso 2º Teléfono: 647 77 77 EXT.: 2208 - 2216 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN: 09/04/2024 12:00 AM FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 09/04/2024 2:41 PM	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** FV 5614
NOMBRE CLIENTE: DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 901433263
DIRECCIÓN: CRA. 10 NO. 27-51 OFIC. 316-27	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.
CONTRATO DE: SERVICIO DE ARRENDAMIENTO BIEN INMUEBLE OFICINA	NÚMERO: 2604
EDIFICIO: BACHUE	
CONTRATO VIGENTE HASTA: 31/12/2024	
ÁREA M2: 40	VALOR M2 $: 38613

CÓDIGO	NOMBRE PRODUCTO	U.M	CANTIDAD	DESCUENTO	%IVA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
001	CANON IVA 19%	unidad	1	0.00	19	1,544,520.00	1,544,520.00
0002	SERVICIO AGUA	unidad	1	0.00	0	96,000.00	96,000.00
0003	SERVICIO ENERGIA	unidad	1	0.00	0	188,000.00	188,000.00
0004	VIGILANCIA Y SEGURIDAD	unidad	1	0.00	0	61,781.00	61,781.00

TOTAL ÍTEMS: 4	**SUBTOTAL:**	1,890,301.00
VALOR LETRAS: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS MONEDA CORRIENTE	**BASE GRAVABLE:**	1,544,520.00
	IVA:	293,459.00
OBSERVACIONES: FACTURACION ABRIL 2024	**TOTAL FACTURADO:**	2,183,760.00
	DESCUENTO:	0.00
	TOTAL A PAGAR CON DESCUENTO:	2,183,760.00

PAGUE CON DESCUENTO HASTA:
Favor realizar consignación a la CTA CTE BANCO OCCIDENTE 256-08338-7
ESTABLECIMIENTO PÚBLICO NO CONTRIBUYENTE FAVOR NO PRACTICAR RETENCIONES
FORMA DE PAGO: CONTADO
VALOR DEUDA ANTERIOR: 6,624,072.00

La presente factura se expide en cumplimiento a la LEY 223 de 1995 y no constituye para ningún efecto legal de contrato de arrendamiento vigente entre las partes las obligaciones recíprocas allí consignadas .Establecimiento público exento de impuestos de daracter Nacional, Departamental y Municipal DECRETO LEY 2342 de 1971; 2002 de 1984; LEY 6 de 1992 y ESTATUTO TRIBUTARIO NACIONAL Artículo 22 y 369 - Somos Grandes Contribuyentes Resol. 9061 Dic. 10/2020. Los deudores cuya mora supere los 180 días serán reportados en el Boletín de Deudores Morosos del Estado.

RESOLUCION DIAN No. 18764042862465 DEL 16 DE 01 DE 2023 AUTORIZA DEL FV 3601 AL FV 7000 FECHA VIGENCIA DESDE 16/01/2023 HASTA 16/07/2024

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 800.028.580-2 Software: factuSOFT

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	899999118-1	CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES	Cra. 10 No. 27-27 Edificio Bachue Piso 2	3537300	avalbuena@cremil.gov.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					136	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E		74956828	$146.265.000	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	2.015.900	0		0		0	0	0	0	2.015.900	5
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.812.200	0		0		0	0	0	0	1.812.200	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	9.318.600	0		0		0	0	0	0	9.318.600	25
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	15.579.700	0		0		0	0	0	0	15.579.700	47
EPS010	EPS Sura	800088702-2	3.073.300	0		0		0	0	0	0	3.073.300	10
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	4.933.300	0		0		0	0	0	0	4.933.300	20
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.232.300	0		0		0	0	0	0	3.232.300	10
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	7.002.000	0		0		0	0	0	0	7.002.000	14

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	7.648.300	0	0	0	0	0	0		7.648.300	23
230301	Porvenir	800224808-8	11.387.000	0	0	34.400	34.400	0	0		11.455.800	31
230901	Old Mutual	800253055-2	648.300	0	0	0	0	0	0		648.300	1
231001	Colfondos	800227940-9	3.649.600	0	0	35.500	35.500	0	0		3.719.600	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	36.783.300	0	0	234.400	234.400	0	0		37.252.100	73

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	4.372.300				4.372.300	0	0	4.372.300			43.723	4.372.300	136

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.197.800	0	0	15.197.800	136

PRIVADO

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
NI	899999118-1	CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES	Cra. 10 No. 27-27 Edificio Bachue Piso 2	3537300	avalbuena@cremil.gov.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					136	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E		74956828	$146.265.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
7.602.000	0	0	7.602.000	136
ICBF				
11.401.500	0	0	11.401.500	136
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	46.967.300	46.967.300
Pensión	5	60.724.100	60.724.100
Riesgos Laborales	1	4.372.300	4.372.300
CCF	1	15.197.800	15.197.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	11.401.500	11.401.500
MEN	0	0	0
SENA	1	7.602.000	7.602.000
TOTALES	17	146.265.000	146.265.000

PAGA 485954279

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

mazars

Calle 93 No. 15 – 40 Piso 4
Bogotá, Colombia
Tel: +57 (1) 256 30 04
www.mazars.com.co

MZ–7752–2024

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL SUPLENTE DE
CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
NIT. 899.999.118-1

CERTIFICA QUE

Hemos efectuado procedimientos de revisión con el propósito de verificar el pago realizado por la Entidad por concepto de aportes a los Sistemas de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, así como a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con corte al mes de febrero de 2024.

Con base en el resultado de los procedimientos de revisión, informamos que a la fecha de la presente certificación:

1. La Entidad pagó los aportes a los sistemas de salud, pensión y riegos profesionales, así como a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con corte al mes de febrero de 2024; con lo anterior se está dando cumplimiento con el requisito exigido por el Artículo No.50 de la Ley 789 de 2002.

2. De acuerdo con la planilla integral de aportes suministrada por la administración de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, el periodo de cotización del sistema de salud corresponde al mes de marzo de 2024.

3. Que las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral con corte al mes de febrero de 2024 y en particular la relativa a los afiliados y lo correspondiente a sus ingresos base de cotización, se han presentado dentro de los plazos establecidos y por tanto la Entidad se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

La determinación y pago de los aportes es responsabilidad de la administración de la Entidad como parte de su gestión. Nuestra responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el Artículo 207 del Código de Comercio y lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de marzo de 2024, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo Nº 50 de la Ley Nº 789 del 27 de diciembre de 2002.

HERNANDEZ OVALLE ANDRES CAMILO
Revisor Fiscal Suplente
Tarjeta Profesional No. 122096-T
En Representación de
MAZARS COLOMBIA S.A.S.