MEMORANDO

Radicado No: 20244000700025663

Para: SANDRA MILENA GALINDO DIAZ
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: Certificación de cumplimiento para el pago del desembolso No 2.

Fecha: 2024-07-08

Saludo cordial.

Adjunto al presente se envía certificación de cumplimiento para el pago del desembolso No 2 de la aceptación de oferta No 19004392024, suscrito con el señor JUSTINIANO OCORO SANCHEZ, correspondiente al primer pago.

Se anexan los siguientes documentos: Certificación de cumplimiento, planilla de pago de seguridad social y factura.

Cordialmente,

PATRICIA VENTE GRUESO.
Coordinadora CZ Costa Pacífica.

Anexo: (6)

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
Proyecto:	Luz Medeiza Campaz Góngora/ Supervisora de contrato		08/07/2024
Reviso:	Luz Medeiza Campaz Góngora / Supervisora de contrato		08/07/2024
Aprobó:	Patricia Vente Grueso/ Coordinadora CZ		08/06/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

Yo, **PATRICIA VENTE GRUESO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**JUSTINIANO OCORO SANCHEZ**							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**Cédula**	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**10388689**					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**ACEPTACIÓN DE LA OFERTA**	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**19004392024**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**9** (día)	**mayo** (mes)	**2024** (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **9** (día) **mayo** (mes) **2024** (año)	HASTA	**15** (día) **diciembre** (mes) **2024** (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**8** (día) **julio** (mes) **2024** (año)							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**2**	DE	**6**
VALOR A PAGAR	**3.826.000**	EN LETRAS	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISÉIS MIL PESOS.**		
PERÍODO DE PAGO	DESDE **1** (día) **junio** (mes) **2024** (año)	HASTA	**30** (día) **junio** (mes) **2024** (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	**188024**	**27**	**A-02-02-01-003-003**	**302**		**$ 3.826.000**

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	**BANCOLOMBIA S.A.**	NÚMERO DE CUENTA	**86848393071**	TIPO DE CUENTA	**AHORROS**

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

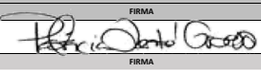
VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	**$**	**3.826.000**
GASTOS DE INVERSION DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	**$**	**3.826.000** B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	**$**	**3.826.000**

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
PATRICIA VENTE GRUESO	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**	**REGIONAL CAUCA**	**CENTRO ZONAL COSTA PACIFICA**	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

COMBUSTIBLES PUERTO CALI II

JUSTINIANO OCORO
NIT: 10.388.689.- 6
RG. SIMPLIFICADO



VENTA DE GASOLINA - ACPM - LUBRICANTES EN GENERAL

DIA	MES	AÑO
28	06	24

CEL: 312 725 50 30
B/ PUERTO CALI
GUAPI - CAUCA

FACTURA DE VENTA
Nº 5364

CLIENTE: Bienestar 899999257-2 NIT./C.C.:

DIRECCION: Cra 1 calle 3 esquina TEL: 4377630

CIUDAD: Guapi cauca CONDICIONES DE PAGO:

CANT.	PRODUCTO	VR. UNIT	VR. TOTAL
164	Gls gasolina pura	21500	3526000
20	Gls ACPM	15000	300000
	10388689		
		TOTAL $ ➡	3826000

ESTA FACTURA SE ASIMILA PARA SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO
SEGÚN ARTICULO 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

ACEPTADA

IMPRESO POR: GRÁFICAS JA NIT. 10.387.146 - 4 - CEL 311 34 49 250

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10388689
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JUSTINIANO OCORO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUAPI	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	BRR LA FORTALEZA	TELÉFONO:	8400633
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA.	Comercio al por mayor de computadores equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NUMERO PLANILLA		4500088690	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO	2024
DIAS DE MORA.		0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/05/21	NUMERO AUTORIZACIÓN:			9096533643

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 10388689	OCORO SANCHEZ JUSTINIANO	INDEPEND.		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CUR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD Y ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500			$ 0		$ 0

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 370.500

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que JUSTINIANO con documento CEDULA DE CIUDADANIA 10388689, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JUSTINIANO OCORO SANCHEZ con documento CC 10388689, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4550086690	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MAYO/2024	Periodo Cotización Salud	MAYO/2024
Fecha Pago	2024/05/31	Número de Autorización	9998832640

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

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

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

Planilla Pagada
Planilla Pagada

2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados							

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	26.666.640,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	26.666.640,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	26.666.640,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	188024_Justiniano_Ocoro.pdf	188024_Justiniano_Ocoro.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO - 19004392024.pdf	ACTA DE INICIO - 19004392024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ejeucion junio.pdf (Archivado)	ejeucion junio.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	OFICIO DE COMUNICACION AL SUPERVISOR CTTO 19004392024 (1).pdf	OFICIO DE COMUNICACION AL SUPERVISOR CTTO 19004392024 (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION _JUNIO.pdf	EJECUCION _JUNIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION DE MAYO.pdf	EJECUCION DE MAYO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10388689
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUSTINIANO OCORO SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GUAPI	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	BRR LA FORTALEZA	TELÉFONO:	8400633
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				**4550086690**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/05/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9998832640

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 10388689	OCORO SANCHEZ JUSTINIANO	INDEPEND		$ 1.300.000				NO																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN: ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

Nº	ARP: ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 370.500**