MEMORANDO

Radicado No: 202540007000022043

Para: SANDRA MILENA GALINDO DIAZ
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: DESEMBOLSO 2 CERTIFICACION DE COMBUSTIBLE.

Fecha: [orfeo.F_RAD_S]

Saludo cordial.

Adjunto al presente se envía certificación de cumplimiento para el pago del desembolso No 2 de la aceptación de oferta No 19004192025, 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 VENTÈ GRUESO.
Coordinadora CZ Costa Pacífica.

Anexo: ( )

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
Proyecto:	Luz Medeiza Campaz Góngora/ Técnico Administrativo		12/06/2025
Reviso:	Luz Medeiza Campaz Góngora / Técnico Administrativo		12/06/2025
Aprobó:	Patricia Vente Grueso/ Coordinadora CZ		12/06/2025
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	1,9004E+10	FECHA SUSCRIPCIÓN	10 (día) abril (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 10 (día) abril (mes) 2025 (año)	HASTA	15 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	12 (día) junio (mes) 2025 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	9
VALOR A PAGAR	3.806.000	EN LETRAS	SEIS MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL PESOS.		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) mayo (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) mayo (mes) 2025 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	157125	27	A-02-02-01-003-003	302		$ 3.806.000

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	$ 3.806.000
GASTOS DE INVERSION DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 3.806.000 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 3.806.000

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)
LUZ MEDEIZA CAMPAZ GONGORA	CENTRO ZONAL COSTA PACIFICA	Luz Mederza Campaz	12/06/2025

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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

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

DIA	MES	AÑO
28	05	25

FACTURA DE VENTA
Nº 5748

CLIENTE: Bienestar Familiar NIT/ C.C. 899.999.234

DIRECCION: cr 1N0309 Esperanza TEL 377630

CIUDAD: Guapi Cauca CONDICIONES DE PAGO:

CANT.	PRODUCTO	VR. UNIT.	VR. TOTAL
158	gls gasolina pura	22000	3476000
20	gls ACPM	16500	330000
	10388689		

TOTAL $ 3806000

ESTA FACTURA SE ASIMILA PARA SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO
SEGUN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

ACEPTADA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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:	**4600712833**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992827448

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD							ARP													
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 10388689	OCORO SANCHEZ JUSTINIANO	INDEPEND		$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 405.800

Planilla Pagada