



ALCALDÍA DE PASTO

PROCESO GESTION FINANCIERA

NOMBRE DEL FORMATO

CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS

VIGENCIA  
02-Ene-19

VERSIÓN  
04

CODIGO  
GF-F-007

CONSECUTIVO

1. El Secretario de Gobierno

CERTIFICA

2. NOMBRE DEL PROYECTO: MEJORAMIENTO DE CAPACIDADES DE ACTORES SOCIALES Y COMUNITARIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PAZ TOTAL, RECONCILIACIÓN, CONVIVENCIA Y NO ESTIGMATIZACIÓN, VIGENCIA 2025, EN EL MUNICIPIO DE PASTO.

3. El (d) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el: TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CONTRATO: 20251855

Los documentos soportes del informe anexo reposan en esta dependencia y están al acceso de cualquier revisión.

4. OTRO TIPO DE DESEMBOLSO:

TRANSFERENCIA: \_\_\_\_\_

SERVICIOS PUBLICOS : \_\_\_\_\_

PRESTACIONES SOCIALES : \_\_\_\_\_

OTROS : \_\_\_\_\_

5. CONTRATISTA/ BENEFICIARIO:

HERBERTH JEFERSSÓN RIVAS UASAPUD

6. C.C. /NIT: \_\_\_\_\_

1.061.736.985

7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: (letras)

Doce millones de pesos

8. \$ 12.000.000

9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO: \$

(valor en letras)

10. VALOR TOTAL CONTRATADO: \$

(valor en letras)

11. FECHA INICIO

17/03/2025

12. FECHA TERMINACION

30/06/2025

13. FECHA DE SUSPENSIÓN

14. FECHA DE REINICIO


15. OBJETO DE CONTRATO: Prestar sus servicios PROFESIONALES CON POSTGRADO con plena autonomía técnica y administrativa en la Secretaría de Gobierno - Subsecretaría de Convivencia y Derechos Humanos, contemplados dentro del proyecto "MEJORAMIENTO DE CAPACIDADES DE ACTORES SOCIALES Y COMUNITARIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PAZ TOTAL, RECONCILIACIÓN, CONVIVENCIA Y NO ESTIGMATIZACIÓN, VIGENCIA 2025, EN EL MUNICIPIO DE PASTO" SGMORS093.

No. DE LISTA:

No. DE ORDEN :

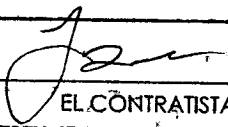
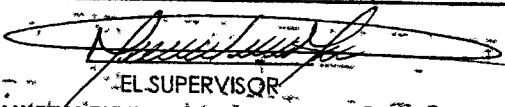
16. VALOR Y FORMA DE PAGO

FECHA DEL PERIODO A PAGAR dd/mm/aa al dd/mm/aa	NÚMERO DE PAGO PARCIAL (letras)	VALOR A PAGAR (En números)	VALOR A PAGAR (En letras)
01/06/2025 al 30/06/2025	CUARTO Y ÚLTIMO PAGO	\$ 3.000.000	Tres millones de pesos M/cte.

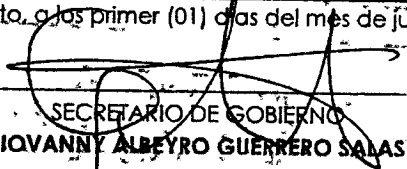
 <b>ALCALDÍA DE PASTO</b>	<b>PROCESO GESTIÓN FINANCIERA</b>			
	NOMBRE DEL FORMATO:			
	<b>CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS</b>			
	VIGENCIA	VERSIÓN	CODIGO	CONSECUTIVO
	02-Ene-19	04	GF-F-007	

VALOR EJECUTADO (Acumulado)	\$ 12.000.000	Doce millones de pesos M/cte.
SALDO POR EJECUTAR	\$ 0	Cero pesos M/cte.

**17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES**

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. <b>2025001310</b>	DE FECHA: 06/02/20205	
REGISTRO PRESUPUESTAL No. <b>2025001815</b>	DE FECHA: 14/03/20205	VALOR: 12.000.000
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL	DE FECHA:	VALOR:
RUBRO PRESUPUESTAL No. <b>2.3.2.02.02.008</b>	VALOR A AFECTAR: \$ 3.000.000	
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR : \$	
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR : \$	
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL(O) CONTRATISTA DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE LOS DOCUMENTOS SOBORTES DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL CONTIENEN EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD; PENSIÓN, RIESGOS PROFESIONALES Y/O APORTES PARAFISCALES, CORRESPONDIENTES A LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE PAGO. (CUANDO EL CONTRATO LO AMERITE)		
		 EL CONTRATISTA <b>HERIBERTO JEFFERSON RIVAS UASAPUD</b>
 EL SUPERVISOR <b>MILTON ESTEBAN MORENO ORDÓÑEZ</b> Subsecretario de Convivencia y DDHH		

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los primeros (01) días del mes de julio del año 2025.

  
 SECRETARIO DE GOBIERNO  
**GIOVANNI ALBEIRO GUERRERO SALAS**

**Espacio exclusivo para el diligenciamiento de la Secretaría de Hacienda**

Revisó: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

Anexar estampillas. (Son exentas de anexar estampillas las actuaciones contempladas en los artículos 202, 219 y 236 del Estatuto Tributario Municipal.) Informe consolidado de actividades; Recibos de pago de salud, pensión y otros cuando el contrato lo amerite.

Espacio para estampilla

Espacio para estampilla



MUNICIPIO DE PASTO  
LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS



ALCALDÍA  
DE PASTO

Liquidación No. <b>1300600574</b>		PIN No. <b>20370093</b>	
Contribuyente	Solicitante	Jeferson Rivas	
	Identificación	1061736985	
	Correo electrónico	je-f-13@hotmail.com	
	Departamento	NARIÑO	
	Municipio	PASTO	
Acto gravado:	Estampillas Cuenta Contratista - - 20251855 JUNIO		
Fecha solicitud	2025-06-14	Fecha vence	2025-06-19
Liquidado por:			

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCLTURA	En recibo	\$ 0	0	\$ 1,500
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	\$ 0	0	\$ 3,600
<b>Total</b>				<b>\$ 5,100</b>



Use este código para verificar la autenticidad de este documento

20370093

**Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE**  
Fecha de Pago: 2025-06-14



MUNICIPIO DE PASTO  
LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS



ALCALDÍA  
DE PASTO

Liquidación No. <b>1300600574</b>		PIN No. <b>20370093</b>	
Banco	Solicitante	Jeferson Rivas	
	Identificación	1061736985	
	Correo electrónico	je-f-13@hotmail.com	
	Departamento	NARIÑO	
	Municipio	PASTO	
Acto gravado:	Estampillas Cuenta Contratista - - 20251855 JUNIO		
Fecha solicitud	2025-06-14	Fecha vence	2025-06-19
Liquidado por:			

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCLTURA	En recibo	\$ 0	0	\$ 1,500
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	\$ 0	0	\$ 3,600
<b>Total</b>				<b>\$ 5,100</b>



Use este código para verificar la autenticidad de este documento

20370093

**Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE**

Fecha de Pago: 2025-06-14



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061736985
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HERBERTH JEFERSSON RIVAS UASAPUD	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	MZ 11 CS 16 NUEVO SOL TELÉFONO:	7335068
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>7971225518</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1554126862

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 GOLPENSIONES	1	\$ 227.800
SUBTOTAL:			1	\$ 227.800
<b>SALUD</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010215658	ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1	\$ 178.000
SUBTOTAL:			1	\$ 178.000
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8912800081	CCF35	CCF35-CCF DE NARINO	1	\$ 28.500
SUBTOTAL:			1	\$ 28.500
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.500
SUBTOTAL:			1	\$ 7.500

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 441.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 441.800</b>



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061736985
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HERBERTH JEFERSSON RIVAS UASAPUD	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	MZ 11 CS 16 NUEVO SOL TELÉFONO:	7335068
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7975227868</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1554189086

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	YS	D	SLN	GOM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X																

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 227.800
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 227.800
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9010215658	ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR.S.A.S.			1	\$ 178.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 178.000
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8912800081	CCF35	CCF35-CCF DE NARINO			1	\$ 28.500
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 28.500
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 7.500
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 7.500

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 441.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 441.800</b>