

 ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO			
	CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
VIGENCIA 02-Ene-19	VERSIÓN 04	CODIGO GF-F-007	CONSECUTIVO	

No. DE LISTA:	No. DE ORDEN :
----------------------	-----------------------

1. La Secretaria General			
CERTIFICA			
2. NOMBRE DEL PROYECTO: Suministro de distintivos de protección e identificación y dotación destinados a personal administrativo y operativo.			
3. El (a) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el: TIPO DE CONTRATO: Suministros Los documentos soportes del informe anexo reposan en esta dependencia y están al acceso de cualquier revisión. No. CONTRATO: 20243209			
4. OTRO TIPO DE DESEMBOLSO: TRANSFERENCIA: _____ SERVICIOS PÚBLICOS: _____ PRESTACIONES SOCIALES: _____ OTROS: _____			
5. CONTRATISTA/ BENEFICIARIO: Fundación Alianza Mundial para la Prosperidad		6. C.C. /NIT, 900.275.836-5	
7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: Setenta y cinco millones seiscientos mil pesos m/cte.		8. \$75.600.000 Nivel Central: \$ 54.200.000 Nivel Salud: \$ 21.400.000	
9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO:		10. VALOR TOTAL CONTRATADO:	
VALOR EN LETRAS:			
11. FECHA INICIO 09/10/2024	12. FECHA TERMINACION 31/12/2024	13. FECHA DE SUSPENSIÓN	14. FECHA DE REINICIO

15. OBJETO DE CONTRATO: Realizar el Suministro de Distintivos de Protección e Identificación y dotación como camisetas, camisas, chaquetas, chalecos, botas y gorras destinados al personal administrativo y operativo de las diferentes dependencias que necesiten de esta identificación, las que serán propiedad del municipio de Pasto, bajo la modalidad de monto agotable, de conformidad con las cantidades condiciones y especificaciones técnicas determinadas. SG (AL-017).
--

16. VALOR Y FORMA DE PAGO			
FECHA DEL PERIODO A PAGAR	NUMERO DE PAGO PARCIAL	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR (En letras)
14/12/2024 a 31/12/2024	SEGUNDO Y ULTIMO PAGO	\$34.676.719,52	Treinta y cuatro millones seiscientos setenta y seis mil setecientos diecinueve pesos con cincuenta y dos centavos m/te

 ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO			
	CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
	VIGENCIA 02-Ene-19	VERSIÓN 04	CODIGO GF-F-007	CONSECUTIVO

VALOR EJECUTADO (Acumulado)	\$ 53.424.719,52	Cincuenta y tres millones cuatrocientos veinticuatro mil setecientos diecinueve pesos con cincuenta y dos centavos m/cte.
SALDO POR EJECUTAR	\$ 775.280,48	Setecientos setenta y cinco mil doscientos ochenta pesos con cuarenta y ocho centavos m/cte.

17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	DE FECHA:	
2024001697 ✓	23/02/2024 ✓	
2024003030 ✓	23/08/2024 ✓	
2024002314 ✓	03/05/2024 ✓	
REGISTRO PRESUPUESTAL No.	DE FECHA:	VALOR:
2024004151 ✓	01/01/2025 ✓	\$ 54.200.000 ✓
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL	DE FECHA:	VALOR:
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR:	
3.1.2.02.01.003 18 121000 001 ✓	\$ 480.519,52 ✓	
3.1.2.02.01.003 18 121000 001 ✓	\$ 11.000.000 ✓	
3.3.2.02.01.002 18 121000 2023520010047 17 1709 1100 ✓	\$ 23.196.200 ✓	
RUBRO PRESUPUESTAL ADICIÓN No.	VALOR A AFECTAR:	
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL(a) CONTRATISTA DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE LOS DOCUMENTOS SOPORTES 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)		
 Heider Andrés González Narváez Representante legal Fundación Alianza Mundial para la Prosperidad C.C. 1.233.191.820 de Pasto		

 ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO			
	CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
VIGENCIA 02-Ene-19	VERSIÓN 04	CODIGO GF-F-007	CONSECUTIVO	


 EL SUPERVISOR
CARLOS NORBERTO BASTIDAS DAVID
 Subsecretario de Apoyo Logístico

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, el día veintidós (22) del mes de julio del año 2025.


 SECRETARIA GENERAL
DIANA LIZETTE MARTINEZ DELGADO

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.

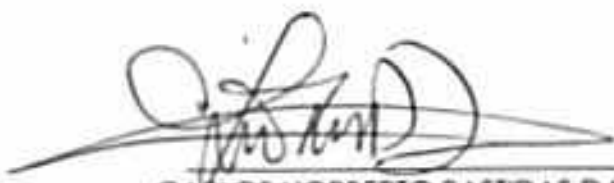
 ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO CONTRATACIÓN			
	NOMBRE DEL FORMATO			
	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO			
	VIGENCIA 07-Abr-14	VERSIÓN 02	CODIGO C.O-F-023	CONSECUTIVO

EL SUSCRITO SUBSECRETARIO DE APOYO LOGISTICO DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO, EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE SE RELACIONA A CONTINUACIÓN,

CERTIFICA:

Que FUNDACIÓN ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD con nit 900.275.836-5, representada legalmente por Heider Andrés González Narváez con cedula 1.233.191.820 expedida en Pasto (N), cumplió a cabalidad y a satisfacción las actividades programadas del 14 de diciembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024 del contrato No. 20243209 de fecha 02 de octubre de 2024, suscrito con el Municipio de Pasto.

Se expide para segundo y ultimo pago por valor de Treinta y cuatro millones seiscientos setenta y seis mil setecientos diecinueve pesos con cincuenta y dos centavos m/cte (\$34.676.719,52) la presente certificación a los veintidós (22) días del mes de julio de dos mil veinticinco (2025).



CARLOS NORBERTO BASTIDAS DAVID
SUBSECRETARIO DE APOYO LOGÍSTICO
SUPERVISOR


 Revisto
 Christian Calvache
 Contratista S/G A/L



ALCALDÍA DE PASTO

Registro para reserva apropiació

Número: 2024004151

Fecha: 01/01/2025

Tercero: 900275836

Sucursal: 001

Nombre: FUNDACION ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSP

Concepto: INVITACION PUBLICA IP-2024-87 20243209-2024-12-31-SUMIISTRO DE DISTINTIVOS DE PROTECCION E IDENTIFICACION Y DOTACION DESTINADOS A PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO DE LAS DEPENDENCIAS- SECRETARIA GENERAL

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
3.1.2.02.01.003	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo) / Nivel Central / Icd / CENTRAL	OIX	2024001887	1.252.000.00
3.1.2.02.01.003	Otros bienes transportables (excepto productos metálicos, maquinaria y equipo) / Nivel Central / Icd / CENTRAL	OIX	2024003030	11.000.000.00
3.3.2.02.01.002	Productos alimenticios, bebidas y tabaco; textiles, prendas de vestir y productos de cuero / Nivel Central / Icd / / AGRICULTURAYDESARROLLO RURAL / AGRICULTURAYDESARROLLO RURAL INFRAESTRUCTURAPRODUCTIVAYCOMERCIALIZACION / / SERVICIO DE APOYO CALACOMERCIALIZAC	OIX	2024002314	23.290.000.00

TOTAL: 35.452.000.00

Jefe de Presupuesto

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA FUNDACION ALIZANA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD
CON NIT 900.275.836-5**

Yo, **JAIRO ADOLFO MONTENEGRO IBARRA**, identificado con cédula de ciudadanía No.12.988.010 de Pasto y tarjeta profesional No.55056-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi calidad de Revisor Fiscal de la **FUNDACIÓN ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD**, con **NIT. 900.275.836-5** conforme a la norma de Revisoria Fiscal certifico bajo gravedad de juramento que la entidad se encuentra al día en pagos de seguridad social, aportes sociales y parafiscales hasta la fecha, 31 de diciembre de 2024.

Para constancia se firma en Pasto, a los (31) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jairo', followed by a stylized flourish.

JAIRO ADOLFO MONTENEGRO IBARRA
REVISOR FISCAL T.P. No. 55056-T

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGO 1 DE 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
IC	12345678	HEIDER ANDRÉS GONZÁLEZ SANTILLANA	VIA 25 15 80 # 123	912345678	heidergonzalez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio	
On-line	1 - Independiente			Nariño	Pasto	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ANTERIOR	FECHA PAGO ANTERIOR (MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					IMPORTE UPD
					1 0
PERIODO PAID	PERIODO PAGANDO				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	1	10/10/2024	82000000	\$100.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALS SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NT	Cobertura Obligación	UPS Afiliados	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días More	Valor More	Valor More UPD	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Costo/valor			
EPS001	Sistema EPS	80000000.0	100.000	0		0		0	30	4.100	0	100.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NT	Cobertura Obligación	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PSP - Subsidio	Aporte PSP - Subsidio	Días More	Valor More	Valor More PSP	Total a Pagar	No. Afiliados
AFP001	Pension	80000000.0	100.000	0	0	0	0	30	4.100	0	110.000	1

TOTALES REGISTRO LABORALES															
Codigo ROL	Nombre	NT	Cobertura Obligación	Incapacidades		Aportes Clave	Valor More	Días More	Valor More	Subsidio	No. Radicado	Valor Saldo a Pagar	Fondo Subsidio	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Subsidio	Cobertura	More	Cobertura	Cobertura	Saldo a Pagar				
ROL 01	Seguro por Contorno	80000000.0	0.000				0.000	30	200	1.000			00	1.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
ONIA				
0	30	0	0	0
RIM				
0	30	0	0	0
ESAF				
MEX				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipos Administrativas	No. Administraciones Reportadas	Valor antes de IGV, LRA, BP y More	Total a Pagar
Salud	1	100.000	100.000
Pension	1	110.000	110.000
Registro Laborales	1	0.000	0.000
CCF	0	0	0
ESAF	0	0	0
ESF	0	0	0
MEX	0	0	0
MEX	0	0	0
TOTALES	1	210.000	210.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG. 1 DE 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALDO
CE	10001600	HERRERA GONZALEZ	ave 24 10 00 m 300	812216387	compensaroperador@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE NATURAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CE	1 - Subordinado			BOGOTÁ	BOGOTÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA PREVIOS	FECHA PAGO PREVIOS (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NOMBRE PLANILLA	CANTIDAD
PLANILLA SALDO	FECHA PAGO SALDO				DEBITOS - CREDITOS
2024-10	2024-10	1	10/10/2024	BOGOTÁ	500.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN GENERAL				INFORMACIÓN DE APORTES										INFORMACIÓN DE PAGOS				INFORMACIÓN DE DEBITOS Y CREDITOS							
No.	Tip.	No. de Identificación	Apellido y Nombre	Sexo	Edad	Identificación	Clase de Aporte	Valor de Aporte	Valor de Aporte	Valor de Aporte	Valor de Aporte	Valor de Aporte	Valor de Aporte	Clase de Pago	Valor de Pago	Valor de Pago	Valor de Pago	Clase de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito	Valor de Debito
1	CE	10001600	HERRERA GONZALEZ	M	30	812216387	1 - Subordinado	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	1 - Subordinado	500.000	500.000	500.000	1 - Subordinado	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000

PAGADA

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Pág. 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCADOS Y SALUD
CC	12345678	HENRI ANDRES GONZALEZ NAVARREZ	ave 34 16 80 # 303	312716007	henriandresgonzalez@gmail.com	
FORMA PRESTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUBO (MUNICIPIO)	
04013	1 - Contribuyente			Boyacá	Medellín	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO AUTOLIQUIDACION	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS CUERPO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					IMPORTE
					IMPORTE
					TOTAL A PAGAR
2014-11	2014-11	1	19/12/2014	8040404	\$175.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	MT	Colectivos (Obligatorio)	EPS Adicional	Incapacidades		Licencias Maternidad		Dieta Mena	Valor Mena Colectivos	Valor Mena EPS	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizaciones	Valor	No. Autorizaciones	Valor					
EPS001	Nombre EPS	\$10.144.000	10.000	0		0		0	0	0	0	\$10.144.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Número	MT	Colectivos Obligatorio	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PSP Subordinado	Aporte PSP Subordinado	Dieta Mena	Valor Mena Colectivos	Valor Mena PSP	Total a Pagar	No. Afiliados
20001	Número	\$10.000.000	10.000	0	0	0	0	0	1.200	0	10.000.000	1

TOTALES RESGOS LABORALES															
Codigo ARS	Numero	MT	Colectivos Obligatorio	Incapacidades		Aportes Otros Subsidios	Valor Neto Colectivos	Dieta Mena	Valor Mena Colectivos	Subtotal Colectivos	No. Radiado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Subsidios	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizaciones	Valor										
14.20	Reserva para Colectivos	000000000	0.000				0.000	0	0.000	0.000			00	0.000	0

TOTALES CAJAS									
Código COT		Nombre	MT	Valor Aporte	Dieta Mena	Valor Mena Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCADOS				
Valor Aporte	Dieta Mena	Valor Mena Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMAS			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IVA, LRA, AFP y Mena	Total a Pagar
Total	1	\$15.000	\$15.000
Pension	1	\$10.000	\$10.000
Resgos Laborales	1	\$5.000	\$5.000
EPS	0	0	0
EPS	0	0	0
EPS	0	0	0
EPS	0	0	0
EPS	0	0	0
EPS	0	0	0
TOTALES	1	\$15.000	\$15.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Pág. 2 de 3

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
OC	1000000000	HEER ARIEL GONZALEZ	24 DE 10 40 al 50	91010000	compensar@miplanilla.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NÚMERO AUTOLIQ.	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
OCIA	1 - Contribuyente			NARIÑO	PAGUITO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA DESCRIPCION	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					IMPORTE	IMPORTE
					1	2
NUMERO SALUD	NUMERO PREVIAS				TOTAL A PAGAR	
2004-11	2004-11	1	10/10/04	000004	\$175.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN DE APORTES										PROMEDIO							SALUD				SALUD LABORAL				COT				PARAFISCALES			
No.	Tip.	No. de Identificación	Nombre y Apellido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30									
1	OC	1000000000	HEER ARIEL GONZALEZ	24	10	40	50											2004	11	10	04	1	10	04	1	10	04	1	10	04	1	10	04	1								

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXCMERADO PAGO PARA/SEJES Y SALUD
CE	10011001	HEXER MENES GONZALEZ NADINEZ	av 24 16 40 N 330	312216397	hexer@compensar.com	
FORMA PRESTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO / MUNICIPIO	
CEM 3	1 - Precolectores			Boyacá	PAGO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA PRECEDENTE	FECHA PAGO ANTERIOR (MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					IMPORTE Y CUP
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2004-10	2004-10	1	10-01-2005	02100401	\$140.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	MT	Colectivos Obligatorio	EPS Adicional	Incapacidades		Licencias Medicinales		Days More	Valor More	Valor More EPS	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSUB	Salud EPS	802014401-0	140.000	0		0		0	10	1000	0	140.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	MT	Colectivos Obligatorio	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aportes PAF - Subsidio	Aportes PAF - Subsidio	Days More	Valor More Colectivos	Valor More PAF	Total a Pagar	No. Afiliados
20001	Pension	\$10011401-0	200.000	0	0	0	0	10	1.000	0	200.000	0

TOTALES RESGATE LABORAL															
Código RLA	Nombre	MT	Colectivos Obligatorio	Incapacidades		Aportes Otros Subsidio	Valor Neto Colectivos	Days More	Valor More Colectivos	Subsidio Colectivos	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Subsidio	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-20	Resgate por Cómputo	\$10011401-0	0.000				0.000	20	0.000	1.000			0.000	1.000	0

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	MT	Valor Aporte	Days More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Days More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MENA				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Autorización	No. Autorizaciones Reportadas	Valor antes de IVA, IKA, MP y More	Total a Pagar
Salud	1	140.000	140.000
Pension	1	200.000	200.000
Resgate Laboral	1	0.000	1.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ESAF	0	0	0
MENA	0	0	0
OTRA	0	0	0
TOTALES	5	340.000	340.000

DETALLE DEL APARTAMENTO						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APARTAMENTO	SECCION	TÉLÉFONO	CORREO	EXCELENTES PASOS PARA TUALES Y BAÑOS
CC	102000000	HEER ANDRES GONZALEZ APUINEL	04 30 10 80 4 03	912182007	www.internapinto@gmail.com	
FORMA DE IDENTIFICACION	CLASE DE APARTAMENTO	NOMBRE DE LA EMPRESA	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	Ciudad - Municipio	
INSCA	C. - Condominio Privado			BOGOTÁ	BOGOTÁ	

DATOS DE LA PLAMELLA						
PLAMELLA SOLICITANTE	FECHA DE RECEPCIÓN DEL PROYECTO (AÑO)	TIPO PLAMELLA	FECHA DE RECEPCIÓN DEL PROYECTO (AÑO)	NÚMERO DE PLAMELLA	CONTENIDO	
					EMPLAZANTE	UPC
					1	2
PROYECTO SALUD	PROYECTO PRODUCTIVO				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	2	06/01/2024	00100002	\$100.000	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA



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



Este recibo ha sido
cancelado exitosamente por
medio de PSE

- Fecha de Pago: 2025-05-12

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764077088341



4151770212489944802010018764077088341

5. Número de identificación Tributaria - NIT 6. DV 7. Primer apellido 8. Segundo apellido 9. Primer nombre 10. Otros nombres

9 0 0 2 7 5 8 3 6

5

11. Razón social

FUNDACION ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD

12. Dirección sectorial

Impuestos y Aduanas de Países

Cód.

1

4

24. Dirección

CR 24 17 75 ED CONGASA OF 801 CENTRO

25. País

Colombia

26. Departamento

Nariño

27. Municipio

Pasto

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el trámite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de este documento oficial.

Si el obligado a facturar, no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procederá la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adhesión o violación de los sellos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T.

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante



984. Apellidos y nombres

985. Cargo

986. Dependencia

989. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRÓNICA Y SOLUCI

991. Organización

U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION

992. Área

993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres GONZALEZ NARVAEZ HEIDER ANDRES

1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía

1003. No. identificación 1233191820

1004. DV 8

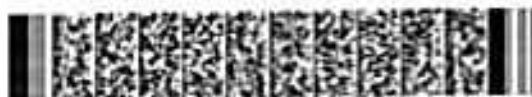
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal

1006. Organización FUNDACION ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD

997. Fecha formalización

2 0 2 4-0 8-1 3/2 2:3 6:0 7

Exemple réactif pour le DAP



4. Número de formulários

18764077088341



© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 381–387

8. 2004

9. **Prophetess** *Isaiah*

6. *Escherichia coli* serotype

5. Proposed Amendment

10. *Cross numbers*

0002758301 5

9

0.9. Mitarbeiter: 200000

FUNDACION ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROSPERIDAD

Rangos de numeración para subgrupos, tabulador e bitabulador

[illegible]