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. El (La) suscrito (a) Secretario de BIENESTAR SOCIAL

CERTIFICA

2. NOMBRE DEL PROYECTO: "**CONSTRUCCION DE CENTROS VIDA PARA EL ADULTO MAYOR VIGENCIA 2023 EN EL MUNICIPIO DE PASTO.**

3. El (a) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el :
TIPO DE CONTRATO: **INTERVENTORIA** No. CONTRATO: **20231803**
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: **DIEGO JAVIER CANCHALA CASTRO.**	6. C.C. /NIT. : **1.085.265.715**
7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: **CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE.**	8. $ **135.692.771.00**
9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO: **$ 67.846.385.55**	10. VALOR TOTAL CONTRATADO: **$ 203.539.156.55**
(valor en letras) **SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS M/CTE.**	(valor en letras) **DOSCIENTOS TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS M/CTE.**

11. FECHA INICIO	12. FECHA TERMINACION	13. FECHA DE SUSPENSIÒN	14. FECHA DE REINICIO
12-05-23	**21-12-24**	**28-07-23**	**02-10-23**
		22-12-23	**22-02-24**
		13-03-24	**10-04-24**
		17-05-24	**06-08-24**

15. OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA SE COMPROMETE PARA CON EL MUNICIPIO DE PASTO – SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL A REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y AMBIENTAL PARA LA CONSTRUCCION DEL CENTRO VIDA LA JOSEFINA, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS.

16. VALOR Y FORMA DE PAGO

FECHA DEL PERIODO A PAGAR dd/mm/aa **al** dd/mm/aa	NUMERO DE PAGO PARCIAL (letras)	VALOR A PAGAR (En números)	VALOR A PAGAR (En letras)
01-11-24 A 21-12-24	**CUARTO TERCERO A LA ADICION**	**$ 11.009.906,23**	**ONCE MILLONES NUEVE MIL NOVECIENTOS SEIS PESOS CON VEINTITRES CENTAVOS M/CTE.**

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)	**$ 203.539.156.55**	**DOSCIENTOS TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS M/CTE**
SALDO POR EJECUTAR	**$ 0,0**	**CERO PESOS M/CTE.**

17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPESTAL No. **2023000990- 2023001650- 2024002748**	DE FECHA: **11-01-23 17-02-23 – 23-07-2024**	
REGISTRO PRESUPUESTAL No. **2023001932**	DE FECHA: **01-01-24**	VALOR: **135.692.771.00**
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL : **2024003345**	DE FECHA: **12-08-2024**	VALOR: **67.846.385.00**
RUBRO PRESUPUESTAL No. **2.3.2.02.02.008 - 133320-001 – 2021520010089- 4104009-020**	VALOR A AFECTAR : $ **11.009.906,23**	
RUBRO PRESUPUESTAL 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)	**DIEGO CANCHALA CASTRO** Contratista

MIGUEL ALDUVAR GAVIRIA BENAVIDES
Subsecretaria de Promoción y Asistencia Social

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los veintisiete días del mes de diciembre del año 2024.

DIANA CATALINA ZAMBRANO CARLOSAMA
Secretaria de Bienestar Social

Espacio exclusivo para el diligenciamiento de la Secretaria de Hacienda

Reviso: _____
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.

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1085265715 sucursal 11, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2024-11	23301	800224808	PORVENIR	1	0	576.000	0	576.000
Periodo salud:	2024-11	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	450.000	0	450.000
Planilla Nro.:	31507135 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	18.800	0	18.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2024-12-04	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1299521564	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.044.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
1054846956
MARTHA DEL ROSARIO HASTAN GUACALES
DIRECCIÓN
CALLE 13 N 5 19
BARRIO
TELEFONO
7741234
MUNICIPIO
PALMIRA
DEPARTAMENTO
VALLE
CLASE APORTANTE
DEPENDIENTE
ACTIVIDAD ECONÓMICA
Otras actividades de servicios personales n.c.p.
ORIGEN
PRIVADA
APLICA PASO APORTES SALUD SENA ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)
NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA
PERIODO COTIZACIÓN OTROS — MES
DÍAS DE MORA
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)
TIPO DE PLANILLA
PERIODO COTIZACIÓN SALUD — MES
NÚMERO AUTORIZACIÓN
INDEPENDIENTES

TOTAL APORTES A PENSIÓN

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

TOTAL APORTES A SALUD

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 AJUSTES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR AJUSTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS046-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
												$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 90.500	$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 90.500
								$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 90.500

LIQUIDACIÓN DE PLANILLA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	INR
DEPENDIENTE DE EMPLEADOR CON RESIDENCIA EN COLOMBIA		$ 1.300.000			NO														

PENSIÓN

ADMIN	CÓDIGO	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	31	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL

SALUD

ADMIN	CÓDIGO	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AJUSTE	TOTAL APORTE
EPS046-SANITAS S.A	46	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

ARP

ADMIN	CÓDIGO	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	23	$ 1.300.000	$ 1.084 ARAUCO	$ 90.500

PARAFISCALES

CCF CÓDIGO	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTES	SENA TOTAL APORTES	ICBF TOTAL APORTES	ESAP TOTAL APORTES	MENSUD TOTAL APORTES
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 461.000

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	[illegible]	
		MARITHZA DEL ROSARIO NASTAR GUACALES	
IPIALES	DEPARTAMENTO	NARIÑO	
CALLE 13 N 5 19	TELEFONO	7731234	
02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE	
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otras actividades de servicios personales n.c.p.	
UNICO			
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	4502862583	TIPO DE PLANILLA		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS SISTEMAS	MES [illegible] AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES [illegible] AÑO	2024
DIAS DE MORA	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/[illegible]	NUMERO AUTORIZACION		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301 PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
									$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR UPC	MORA COTIZACION	MORA VALOR UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
												$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 90.500	$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 90.500
								$ 90.500	$ 0	$ 0	$ 90.500

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXONERADO PAGO APORTES (REFORMA TRIBUTARIA)	NOVEDADES	PENSION ADMIN	PENSION IBC	PENSION COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSION TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACION	SALUD VALOR UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible]	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000		NO		230301-PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 1.300.000	[illegible]	$ 90.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 461.000**

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

Contribuyente

Liquidación No. **1300607670** PIN No. **20372783**

Solicitante	DIEGO JAVIER CANCHALA CASTRO
Identificación	1085265715
Correo electrónico	dicaingsas@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2025-07-10
Fecha vence	2025-07-15

Acto gravado

Estampillas Cuenta Contratista - - contrato 20231803 mes de julio de 2025

Liquidado por

Estampilla	Tipo	Base liquidación	Liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,500
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,600

20372783

Total $ **$ 5,100**

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2025-07-10

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

Banco

Liquidación No. **1300607670** PIN No. **20372783**

Solicitante	DIEGO JAVIER CANCHALA CASTRO
Identificación	1085265715
Correo electrónico	dicaingsas@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2025-07-10
Fecha vence	2025-07-15

Acto gravado

Estampillas Cuenta Contratista - - contrato 20231803 mes de julio de 2025

Estampilla	Tipo	Base liquidación	Liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,500
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,600

20372783

Total $ **$ 5,100**

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2025-07-10