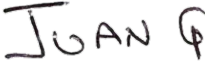


 Lotería de Boyacá <i>¡Un sábado de pobre lo sacará!</i>			LOTería DE BOYACÁ							CÓDIGO: RGJ-15			
			MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG							FECHA: 15/01/2024			
			GESTIÓN JURÍDICA				REGISTRO			VERSIÓN: 4 PÁGINA: ____ DE ____			
INFORME DE AVANCE													
NÚMERO DEL CONTRATO:		CD-CPR-236 DE 2025			Número del INF	1	FECHA ACTA DE INICIO DEL CONTRATO:		25	8	2025		
TIEMPO DE EJECUCIÓN INICIAL:		QUINCE (15) DÍAS POSTERIOR A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.					FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:		8	9	2025		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:		21	8	2025			FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:		22	9	2025		
ADICIÓN 1		N/A		VALOR ADICIÓN	NA		PRORROGA		N/A		TIEMPO PRORROGA	N/A	
		NÚMERO DE PAGOS ADICIÓN				NUEVA FECHA DE FINALIZACIÓN							
ADICIÓN 2		N/A		VALOR ADICIÓN	N/A		PRORROGA		N/A		TIEMPO PRORROGA	N/A	
		NÚMERO DE PAGOS ADICIÓN				NUEVA FECHA DE FINALIZACIÓN							
OBJETO DEL CONTRATO:		"ADQUIRIR MALETAS DE VIAJE TIPO CABINA, PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA LOTERÍA DE BOYACÁ, CON EL PROPÓSITO DE PROMOVER EL BIENESTAR LABORAL Y APOYAR LAS ACCIONES INSTITUCIONALES DE LA ENTIDAD "											
NOMBRE DEL CONTRATISTA (EMPRESA Y REP. LEGAL):		CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS					CC N°		1049643698		Código actividad comercial (Rut)	7310	
							NIT		1049643698 -9				
NOMBRE DEL CONTRATANTE:		LOTería DE BOYACÁ			NOMBRE DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:		JUAN GUILLERMO ROA ZAMUDIO			ALMACENISTA GENERAL			
PERIODO REPORTE:		25	8		2025		AL		8	9		2025	
N.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES			ACTIVIDADES REALIZADAS					EVIDENCIAS O PRODUCTO				
1	El contratista se obliga a entregar a la Lotería de Boyacá cuarenta y cinco (45) maletas de viaje tipo cabina, conforme a lo estipulado en el alcance y las condiciones técnicas establecidas en el presente documento			Se entregaron las 45 maletas en el almacen de la loteria, rigiendonos a las especificaciones tecnicas estipuladas en el contrato.					evidencias anexas en el presente archivo con la respectiva entradas a almacén.				
2	Las cuarenta y cinco (45) maletas deberán ser entregadas de manera directa en el almacén de la Lotería de Boyacá, en las condiciones de calidad definidas en el alcance y las condiciones técnicas			Las 45 maletas fueron entregadas en el almacen y cumplen con todas las especificaciones tecnicas					evidencias anexas en el presente archivo con la respectiva entradas a almacén.				
3	Las demás actividades solicitadas por el supervisor y que tengan relación con el objeto del contrato			Se acatron todas las recomendaciones por parte del supervisor.					llamadas telefonicas y mensajes de WhatsApp				
RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS							SI	NO	OBSERVACIÓN				
Informe de avance previamente firmado y aprobado por el contratista y supervisor (RGJ-15)							x		Todas las cuentas				
Acta parcial y/o final (RGJ-17)							x		Todas las cuentas				
Cuenta de cobro							x		Todas las cuentas				
Certificación parafiscales							x		Todas las cuentas				
Certificación tributaria								x	Todas las cuentas				
Certificación bancaria							x		Primera cuenta o si existe un cambio				
VALIDACIÓN DEL INFORME													
<i>Certifico qu las actividades descritas se ejecutaron conforme a lo establecido en el coontrato y los pagos de seguridad social (salud-pensión-ARL) corresponden a este contrato y se efectuaron conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el manual de contratación de la Lotería de Boyacá, los documentos anexos a esta cuenta son legales, legítimos ante el Estado Colombiano y de responsabilidad del abajo firmante</i>						<i>Como supervisor (a) de este contrato y/o convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato/convenio, así como de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.</i> <i>Se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital y que estos cumplieron con el alcance contractual (calidades, cantidades, actividades, productos) exigidas en el contrato ó convenio, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.</i>							
													
CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS				CC N°	1049643698		JUAN GUILLERMO ROA ZAMUDIO		ALMACENISTA GENERAL				
FIRMA, NOMBRE Y CÉDULA/NIT DEL CONTRATISTA						FIRMA, NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:							

Tunja 22 septiembre de 2025

Dr. Juan Guillermo Roa Zamudio

Almacenista General

Lotería de Boyacá

Ciudad

Asunto: Radicación de evidencias – Contrato CD-CPR-236 DE 2025

Respetado señor Juan Guillermo

Me permito, por medio del presente escrito radicar formalmente ante su despacho las evidencias correspondientes al **CONTRATO CD-CPR-236 DE 2025 de 2025**, cuyo objeto es **“ADQUIRIR MALETAS DE VIAJE TIPO CABINA, PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA LOTERÍA DE BOYACÁ, CON EL PROPÓSITO DE PROMOVER EL BIENESTAR LABORAL Y APOYAR LAS ACCIONES INSTITUCIONALES DE LA ENTIDAD”**, en el marco del cumplimiento de las políticas institucionales de promoción e identidad corporativa.

Estas evidencias dan cuenta del cumplimiento a cabalidad de las obligaciones contractuales asumidas en concordancia con los lineamientos establecidos por la entidad contratante.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atento a cualquier observación o requerimiento adicional respecto a la documentación aportada.

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS

C.C 1.049.643.698 de Tunja

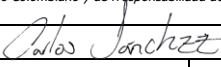
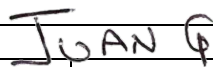
Celular 320 4801150









	LOTERÍA DE BOYACÁ					CÓDIGO: RGA-17		
	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG					FECHA: 15-01-2024		
	ADMINISTRACIÓN Y ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS			REGISTRO		VERSIÓN: 3		
						PÁGINA: 1 DE 1		
ACTA PARCIAL Y/O FINAL PAGO PROVEEDORES								
Fecha de diligenciamiento		22/09/2025			N. de INF		1	
No Contrato		CD-CPR-236 DE 2025						
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS						
Tipo y No de identificación		CC N°	1.049.643.698		Código actividad comercial (Rut)	7310		
TIPO DE APOORTE		N. DE PLANILLA		MES/AÑO DEL APOORTE		VALOR PAGADO		
Aporte a Salud		SANITAS	88842988	89806749	08/2025	09/2025	181.300 409.400	
Aporte a Pensión		PROTECCIÓN	88842988	89806749	08/2025	09/2025	232.000 524.000	
Aporte a ARL		POSITIVA	88842988	89806749	08/2025	09/2025	7.600 17.100	
Objeto del contrato		"ADQUIRIR MALETAS DE VIAJE TIPO CABINA, PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA LOTERÍA DE BOYACÁ, CON EL PROPÓSITO DE PROMOVER EL BIENESTAR LABORAL Y APOYAR LAS ACCIONES INSTITUCIONALES DE LA ENTIDAD "						
Fecha suscripción contrato		Fecha acta inicio contrato		Fecha acta terminacion contrato		Fecha acta liquidación contrato		
21 de agosto de 2025		25 de agosto de 2025		8 de septiembre de 2025		22 de septiembre de 2025		
Plazo ejecución inicial		QUINCE (15) DÍAS POSTERIOR A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.						
Plazo ejecución final		QUINCE (15) DÍAS POSTERIOR A LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO.						
CESIÓN / TERMINACIÓN ANTICIPADA		N/A	SI	FECHA DE CESIÓN / TERMINACIÓN ANTICIPADA se llevó a cabo)		(SI	N/A N/A N/A	
SUSPENSIÓN		N/A	SI	FECHA DE SUSPENSIÓN se llevó a cabo)		(SI	N/A N/A N/A	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		NÚMERO DEL CDP		FECHA DEL CDP		VALOR DEL CDP		RUBRO
		13824		31/07/2025		\$ 13,500,000.00		212020200902
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL		NÚMERO DEL RP		FECHA DEL RP		VALOR DEL RP		RUBRO
		35042		21 de agosto de 2025		\$ 13,500,000.00		212020200902
ENTRADA ALMACEN								
Numero de entrada almacen: 005080			Fecha de entrada: 04/09/2025					
AVANCE EN LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO								
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 13,500,000.00		NÚMERO TOTAL DE PAGOS		1	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL	1	PERIODO PAGADO	DEL 25 DE AGOSTO DE 2025 AL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2025		VALOR A PAGAR	\$ 13.500.000	SALDO POR PAGAR \$ 13.500.000	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
ADICIONALES								
VALOR ADICIÓN 1					NÚMERO TOTAL DE PAGOS			
NÚMERO DE PAGO PARCIAL ADICIÓN 1		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL ADICIÓN 1		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL ADICIÓN 1		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
VALOR ADICIÓN 2					NÚMERO TOTAL DE PAGOS			
NÚMERO DE PAGO PARCIAL ADICIÓN 2		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NÚMERO DE PAGO PARCIAL ADICIÓN 2		PERIODO PAGADO			VALOR A PAGAR		SALDO POR PAGAR \$ 0	
NUEVO VALOR TOTAL DEL CONTRATO		CUOTAS PENDIENTE	N/A	VALOR A PAGAR Y PERIODO PAGADO			SALDO POR PAGAR	
SALDO A LIBERAR A FAVOR DE LA ENTIDAD			\$ 0					
VERIFICACIÓN DEL ACTA								
Certifico qu las actividades descritas se ejecutaron conforme a lo establecido en el ccontrato y los pagos de seguridad social (salud-pensión-ARL) corresponden a este contrato y se efectuaron conforme a las normas vigentes y en concordancia con lo estipulado en el manual de contratación de la Lotería de Boyacá, los documentos anexos a esta cuenta son legales, legítimos ante el Estado Colombiano y de rresponsabilidad del abajo firmante			Como supervisor (a) de este contrato y/o convenio, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato/convenio, así como de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales. Se deja constancia que el contratista cumplió a cabalidad el objeto del contrato, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso o digital y que estos cumplieron con el alcance contractual (calidades, cantidades, actividades, productos) exigidas en el contrato ó convenio, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.					
								
CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS		CC N°	1049643698	JUAN GUILLERMO ROA ZAMUDIO		ALMACENISTA GENERAL		
FIRMA, NOMBRE Y CÉDULA/NIT DEL CONTRATISTA				FIRMA, NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049643698	CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS		calle 5 # 3-18	07470559	tecnogps4g@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	88842988	TOTAL A PAGAR
					\$420.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	181.300	0		0		0	0	0	0	181.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.600				7.600	0	0	7.600			76	7.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	181.300	181.300
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	1	7.600	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.900	420.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049643698	CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS		calle 5 # 3-18	07470559	tecnogps4g@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	88842988	\$420.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049643698	SANCHEZ SALINAS CARLOS ALBERTO	57	0		N	X	X																	230201	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS005	1.450.000	181.300	14-23	1.450.000	1	7.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS	NIT:	1049643698
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	agosto 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	agosto 2025
Número de Radicación:	88842988	Total a pagar:	\$420,900
Fecha de vencimiento:	22/09/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	05/09/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	1754774251
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$7,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$232,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$181,300
						\$420,900

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-09	2025-09	I	12/09/2025	89806749	\$950.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	409.400	0		0		0	0	0	0	409.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	524.000	0	0	0	0	0	0		524.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.100				17.100	0	0	17.100			171	17.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	409.400	409.400
Pensión	1	524.000	524.000
Riesgos Laborales	1	17.100	17.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	950.500	950.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049643698	CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS		calle 5 # 3-18	07470559	tecnogps4g@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	12/09/2025	89806749	\$950.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1049643698	SANCHEZ SALINAS CARLOS ALBERTO	57	0		N	X	X																	230201	3.275.000	524.000	0	0	0	0	EPS005	3.275.000	409.400	14-23	3.275.000	1	17.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

1771284541

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

12/09/2025

Número de aprobación

00284541

Dirección IP

190.145.24.43

Valor transacción

\$ 950.500,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1**Referencia 2**

CC

Referencia 3

1049643698



SANDRA PATRICIA SALINAS CASTELLANOS
CONTADORA PUBLICA

CERTIFICA QUE

El Señor **CARLOS ALBERTO SANCHEZ SALINAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.049.643.698** de Tunja (Boyacá) obtuvo el siguiente movimiento contable según factura TECN-361 emitida a Lotería de Boyacá.

INGRESOS OPERACIONALES DEL SERVICIO		\$13,500,000.00
Costos (Compra de materiales)	\$ 7,890,000.00	
Gastos administrativos y de viaje	\$ 520,000.00	
Otros- Imprevistos	\$ 365,000.00	
TOTAL, COSTOS Y GASTOS		\$ 8,775,000.00
UTILIDAD NETA		\$ 4,725,000.00

Se expide en Tunja a los 12 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025, con destino a la Lotería de Boyacá.

Sandra Patricia Salinas Castellanos
C.C. 40.030.492 Tunja
T.P. 88395 – T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

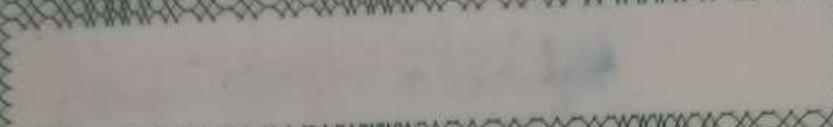
88395-T

SANDRA PATRICIA
SALINAS CASTELLANOS
C.C. 40030492

RESOLUCION INSCRIPCION 141 **FECHA 05/09/02**
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DE BOYACA

PRESIDENTE  **97734**
ELGA INES SANCHEZ CORTES





FIRMA DEL TITULAR 

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.



Num. Comprobante: 50 - 00002

ENTRADA AL ALMACEN 10 COMPRAS
Fecha de entrada 04/09/2025
Subalmacén 40 SUBALMACEN NUEVOS
Cédula 1,049,643,698 SANCHEZ SALINAS CARLOS ALBERTO
Dependencia 7000 ALMACEN

No. 005080
Almacén 50 ALMACEN
Contrato No. 0
Documento TECN-361

Observaciones ENTRADA CD-CPR-236-2025 MALETAS BIENESTAR FUNCIONARIOS

Referencia	Cant.	Valor Unit.	Valor Total	Placa
I 15 0015 000004 MALETA DE VIAJE	UNI 45.00	300,000.00	13,500,000.00	
Valor total :			13,500,000.00	

Gr-Subg	Cantidad	Costo	Ajuste
1 15	45.00	13,500,000.00	.00

SON: TRECE-MILLONES-QUINIENTOS-MIL-PESOS-M/CTE

JUAN G

ROA ZAMUDIO JUAN GUILLERMO

Imputación Contable		Valor
151004	Impresos y Publicaciones-Publici	13,500,000.00
240290 340	Otras Subvenciones	-13,500,000.00