| ITBOY | SISTEMA DE GESTIÓN - MIPG | Código: FR-ADF-05 |
|---|---|---|
| | PROCESO | Versión: 11 |
| | ADMINISTRACIÓN FINANCIERA | Página 1 de 1 |
| | LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA TRAMITE DE CUENTAS | Fecha Aprobación: 08-05-2018 |

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| Contrato No: | CD-ITBOY-045 | Nombre del Supervisor / Interventor: JULIAN ANTONIO PIÑA CAMARGO | Nombre del Contratista: MIGUEL SIMBAQUEVA MORENO |
|---|---|---|---|

Tipo de Contrato: Prestación de Servicio [ ] Colsultoria [ ] Suministro [ ] Arrendamiento [X] Compra Venta [ ] Obra [ ]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No de Acta Parcial/Final: | 10 | Fecha de Inicio | 7/2/2025 | Fecha Finalización: | 31/12/2025 |
| Valor del Contrato: | $ 105.412.571 | Forma de pago: | ACTAS PARCIALES | Pago Número | 10 DE 11 |
| Valor a Pagar: | $ 9.582.961 | Periodo de Corte: | 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 | | |

### DESCRIPCIÓN (Adicionales, Otro Sí, Prórrogas)

| No. ADICIONAL | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | OBJETO DE LA PRÓRROGA/ADICIONAL | ADICIÓN/VALOR | PRORROGA/PLAZO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

### REQUISITOS PARA PAGO POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN SERVICIOS, CONVENIOS O ADQUISICIÓN DE BIENES

| DESCRIPCIÓN PARA PRIMER PAGO Y PAGOS PARCIALES | ESTADO | | |
|---|---|---|---|
| | Cumple | No Cumple | No Aplica |
| Revisar y verificar en la Carpeta del Contrato: Acta de Inicio, Objeto del contrato, CDP, RP, acta de aprobación de póliza (si aplica) | X | | |
| Factura original o su equivalente; cuenta de cobro en original y Copia (persona Natural) - (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario) | X | | |
| Informe de supervisión que contenga periodo de corte que corresponde- recibo a satisfacción de bienes o servicios o avances de obra - debidamente diligenciado - FR -GEJ-15 | X | | |
| Acta de recibo parcial y balance presupuestal - debidamente liquidado (Diligenciada y firmada por el Contratista, aprobada/firmada por el Supervisor/Interventor) FR-GEJ-13 | X | | |
| Planilla y recibo de pago de Aportes de Seguridad Social- pensión y riesgos laborales (Persona natural - Que la base de pagos de aportes a salud, pensión y ARL sea sobre el 40 % del valor del pago parcial) - Para persona jurídica revisar declaración juramentada de pago de aportes parafiscales y seguridad social suscrito por el Representante Legal o el Revisor Fiscal. Confirmar que los pagos correspondan al periodo de corte de la cuenta. | X | | |
| Certificación en aplicación al Decreto 1070 de 2013, dirigida a la Oficina de Tesorería, igualmente se debe incluir numeral donde el contratista certifica que el valor de aportes al Sistema de Seguridad Social corresponde al 40% del valor de los Ingresos recibidos durante el mes a cobrar | X | | |
| Revisar la Carpeta del Contrato: Verificar la Forma de pago y confirmar que el número de cuenta/pago solicitado corresponda | X | | |
| Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos | | | X |

| DESCRIPCIÓN -REQUISITOS ADICIONALES PARA PAGO FINAL | ESTADO | | |
|---|---|---|---|
| | Cumple | No Cumple | No Aplica |
| Comprante de Ingreso a almacén para los contratos de adquisición de bienes o elementos | | | X |
| Acta de entrega y recibo final del objeto - obligaciones contractuales (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-14 | | | X |
| Acta de liquidación de contrato (Debidamente diligenciada, firmada por el Contratista y Supervisor/Interventor) FR-GEJ-15 | | | X |

### OBSERVACIONES- CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN DE LA CUENTA

| Revisado por: | Nombre | Firma | Fecha de Diligenciamiento | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | LAURA VIVIANA RIAÑO BAEZ | | DIA | MES | AÑO |
| | JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA | | 15 | 11 | 25 |

MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO
NIT 19.313.189-6
Km 3 Via Tunja - Paipa
Tel: (038) 3102564426
Cómbita - Colombia
contabilidadmiguelsimba@hotmail.com

**Factura electrónica de venta**
**No. FM 508**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Señores | INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA ITBOY | | |
| NIT | 891.801.069-8 | Teléfono | (038) 7450909 |
| Dirección | CR 2 72 43 BRR SUAMOX | Ciudad | Tunja - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| Generación | 04/11/2025, 10:12 |
| Expedición | 04/11/2025, 10:12 |
| Vencimiento | 30/11/2025 |

| Item | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | CANON ARRENDAMIENTO CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES MES DE NOVIEMBRE | 1,00 | 9,582,961.00 |

Representación Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.943.345-8. Nombre Software Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

**Total items: 1**

| | |
|---|---|
| Total Bruto | 8,052,908.40 |
| IVA 19% | 1,530,052.60 |
| Total a Pagar | 9,582,961.00 |

**Valor en Letras:**
Nueve millones quinientos ochenta y dos mil novecientos sesenta y un pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-11-30 por $ 9,582,961.00

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.
Número Autorización Electrónica 18764095655097 aprobado en 20250716 prefijo FM desde el número 1 al 1000 Vigencia: 6 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 6810 Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados Tarifa 0
CUFE: 66524c51f62300a6ccccc273c547e40aff23e7e68e003191c56f5189276f9b3551fe54814ccf1f78e9de7526ce45a47b

| | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY" | Código: FR-GEJ-15 |
|---|---|---|
| ITBOY | PROCESO | Versión: 1 |
| | GESTION JURIDICA | Pág.: 1 de 1 |
| | INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA | Fecha de Aprobación: 09-08-2016 |

| | |
|---|---|
| ACTA PARCIAL Y/O INFORME N° | 10 |
| FECHA ACTA Y/O INFORME | 6/11/2025 |
| CONTRATO y/o CONVENIO | ITBOY-0045 DE 2025 |
| CONTRATISTA | MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO |
| SUPERVISOR/ INTERVENTOR | JULIAN ANTONIO PIÑA CAMARGO |
| RUBRO PRESUPUESTAL | 2.1.2.02.02.007.03 |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 |

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 105.412.571 |
| VALOR CON ADICIONES | N.A |
| FECHA DE INICIO | 7/2/2025 |
| PLAZO CON ADICIONES | N.A. |
| ACTA DE SUSPENSIÓN | N.A |
| ACTA DE REINICIACIÓN | N.A |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/12/2025 |

| | |
|---|---|
| OBJETO | ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCION EN EL MUNICIPIO DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA. |

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | | | | | | REPORTE SUPERVISOR Y/ INTERVENTOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | ACTIVIDADES PACTADAS | ACTIVIDADES EJECUTADAS | Verificacion de Actividades | | | | | Fuente de Verificacion y/o anexos |
| | | | T(1) | P(2) | N(3) | NR(4) | | |
| | ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCION EN EL MUNICIPIO DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACA. | CUMPLIMIENTO DE ARRENDAMIENTO | X | | | | | |

* Adicione filas si es necesario

Anexar panillas pagos Seguridad Social y parafiscales (cuando aplique) o certificadon revisor fiscal (cuando aplique)

| PERIODO DE PAGO (MES) | FECHA DE PAGO | VALOR HONORARIOS $ MENSUALES $ | 40% HONORARIOS MENSUAL (SMMLV $) | APORTES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SALUD | | PENSIONES | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | | % | 12,5 | % | 16 | % | 0,522 |
| OCTUBRE | 31/10/2025 | $ 9.582.961 | $ 3.250.000 | VALOR ($) | $ 406.300 | VALOR ($) | | VALOR ($) | |
| | | | | VALOR TOTAL DE APORTES ($) OBLIGATORIO | | | | 406.300 | |

* Transcriba en su totalidad, las definidas en los estudios previos.

** Esta casilla debe ser diligenciada por el supervisor, previa verificación de los documentos ó archivos magnéticos soporte del cumplimiento de la actividad

(1).Se cumplió en su totalidad la actividad definida

(2).Se cumplió parcialmonto la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes

(3). Fue requerida la actividad, pero no se evidenció su realización en el periodo.

(4). No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

JULIAN ANTONIO PIÑA CAMARGO
FIRMA SUPERVISOR

*Adicione firmas si es necesario

| | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL "ITBOY" | Código: FR-GEJ-13 |
|---|---|---|
| | PROCESO | Versión: 2 |
| | GESTION JURIDICA | Pág.: 1 de 1 |
| | ACTA DE SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y RECIBO PARCIAL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR | Fecha de Aprobación: 10-08-2018 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | No. | 10 | FECHA ACTA: | 6/11/2025 | | | |
| CONTRATO | X | CONVENIO | | No. | ITBOY-0045 | DE FECHA: | 6/2/2025 |
| OBJETO | ARRENDAMIENTO DE UN BIEN INMUEBLE PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE ATENCION DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE COMBITA DEL INSTITUTO DE TRANSITO DE BOYACÁ | | | | | | |
| CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL | MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO | | | | | NIT: | |
| | | | | | | C.C: | 19.313.189 |
| SUPERVISOR / INTERVENTOR | JULIAN ANTONIO PIÑA CAMARGO | | | | | NIT: | |
| | | | | | | C.C: | 1.049.603.074 |
| VALOR INICIAL | $ 105.412.571 | | | | | | |
| VALOR CON ADICIONES | N/A | | | | | | |
| FECHA DE INICIO | 7/2/2025 | | | | PLAZO CON ADICIONES | 10 meses 24 dias | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN | N/A | | | | ACTA DE REINICIACIÓN | N/A | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/12/2025 | | | | PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 1 AL 30 DE NIVIEMBRE DE 2025 | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL N° | 000072 | FECHA: | 07/02/2025 | | CODIGO O RUBRO N° | 2.1.2.02.02.007.03 | |

BALANCE DE PAGO

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato | $105.412.571 | |
| Valor aporte otra Entidad | | |
| Anticipo | | |
| Amortización del anticipo | | |
| Valor de la presente acta seguimiento y recibo a Satisfacción N° 10 | | $9.582.961 |
| VALOR ACTAS PAGADAS | | $84.330.057 |
| Saldo por ejecutar | | $11.499.553 |
| Sumas iguales | $105.412.571 | $105.412.571 |

El suscrito SUPERVISOR o INTERVENTOR del Contrato o Convenio en mención, manifiesto que he recibido a satisfacción el informe correspondiente al periodo de pago mencionado, presentado por el CONTRATISTA, quien cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el contrato; igualmente certifico que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y riesgos profesionales de acuerdo a la(a) planilla(s) N° 9492765621 del mes de OCTUBRE de conformidad con la normatividad vigente.

En visita al lugar de los trabajos y/o en la entrega de los bienes, servicios y demás, se constató que lo ejecutado está de acuerdo con el porcentaje* equivalente a 89,09% del total del contrato, encontrándose como soportes los informes allegados junto con sus anexos que hacen parte de la presente acta.

**En los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, el porcentaje se determinará según el tiempo ejecutado del plazo total del contrato.*

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

**JULIAN ANTONIO PIÑA CAMARGO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Nombre y firma

19313189
**MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO**
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre y firma

*El informe, las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista y/o interventor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y res

Se verificaron y se constaron los pagos en el valor y monto correspondiente a seguridad Social (Pension, Salud, Arl y parafiscales (cuando aplique), es decir el 40% del valor del contrato.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

ADJUNTAR CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
(CUANDO EL OBJETO DEL CONTRATO ASI LO REQUIERA, DEJAR INFORME COMPLETO EN LA CARPETA UNIDAD DOCUMENTAL OFICINA JURIDICA)

Original: Archivo Carpeta Oficina Juridica

Copia: Oficina de Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 19313189 | | SIMBAQUEVA MORENO MIGUEL ANTONIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 45a 14-38 | COMBITA-BOYACA | 7431902 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1891916389 | 94927656621 | I | 2025/11/25 | 2025/10/31 | BANCOLOMBIA | 0 | $406,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 19313189 | SIMBAQUEVA MIGUEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS001 | 30 | $3,250,000 | $406,300 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | No | $406,300 |
| Total | Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $3,250,000 | $406,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | | $406,300 |



2025/11/04 10:32 AM

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 19313189 | | SIMBAQUEVA MORENO MIGUEL ANTONIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 45a 14-38 | COMBITA-BOYACA | 7431902 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1891916389 | 9492765621 | I | 2025/11/25 | 2025/10/31 | BANCOLOMBIA | 0 | $406,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $406,300 | $0 | $0 | $406,300 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $406,300 | $0 | $0 | $406,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $406,300 | $0 | $0 | $406,300 |

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

**PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.170.043-7

# CERTIFICA QUE:

**MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.313.189,** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 28 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**

**INFORMA:**

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO, identificado(a) con Documento No. 19,313,189, por las siguientes sumas:

| Fecha | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| Jul.16/24 | DEVOLUCION_SALDOS | $325,545.00 |
| Ene.09/20 | DEVOLUCION_SALDOS | $243,691,786.00 |

Así las cosas el(la) Señor(a) MIGUEL ANTONIO SIMBAQUEVA MORENO, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 31 días del mes de Enero de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes