

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	01/12/2025	Periodo de Pago:	Del	01/11/2025	Al	30/11/2025
Contrato No. y Fecha:	2000 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2025					
Contratista:	JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR			c.c. o Nit. No.	1.075.269.594	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final	Número de Pago:		3

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

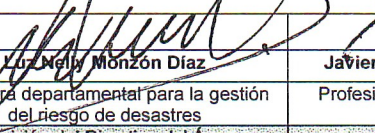
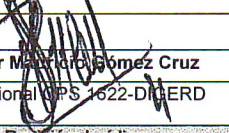
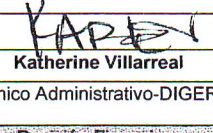
N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL - Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). - Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) - Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorrogas) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):

Seis millones trescientos mil pesos (\$6.300.000), m/cte.

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	LUZ NELLY MONZÓN DÍAZ	Nombre:	MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ
Cargo:	DIRECTORA DEPARTAMENTAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO – DIGERD CÓDIGO 222 GRADO 05
Ordenador del Gasto		Supervisor	

Firma:			
Nombre:	Luz Nelly Monzón Díaz	Javier Martínez Gómez Cruz	Katherine Villarreal
Cargo:	Directora departamental para la gestión del riesgo de desastres	Profesional GPS 1622-DIGERD	Técnico Administrativo-DIGERD
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	2000 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR	Nit./c.c.	1.075.269.594
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ	c.c.	1.049.631.037
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Asistencia técnica en el área ambiental de las acciones para la reducción del riesgo en las comunidades de los veintinueve (29) municipios del departamento del Meta.			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$18.270.000).		
Término Inicial de Ejecución:	DOS (2) MESES Y VEINTISIETE (27) DÍAS		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	20/09/2025	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	16/12/2025
--	------------	---	------------

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			
**Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	Fecha Finalización: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	N/A		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)
El departamento del Meta pagara al CONTRATISTA, el valor del contrato correspondiente a un periodo de ejecución de Dos (2) meses y veintisiete (27) días, calculado con base en o sobre un valor mensual de seis millones trescientos mil pesos (\$6.300.000) M/CTE, distribuidos de la siguiente manera:
A. Un (1) primer pago proporcional a los días efectivamente ejecutados del periodo comprendido entre la fecha de suscripción del acta de inicio y el último día del mes calendario del inicio de ejecución del contrato, es decir, hasta el día treinta (30) para efectos contables. B. Dos (2) pagos mensuales correspondientes a meses completos de ejecución hasta el último día del mes calendario, es decir, hasta el día treinta (30) para efectos contables. C. Un (1) último pago equivalente al número de días restantes necesarios para completar los Dos (2) meses y veintisiete (27) días de ejecución contractual.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-6	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Parágrafo: Todos los pagos se realizarán previa certificación expedida por el supervisor del contrato, así como la presentación de los soportes que acrediten que el contratista se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes al sistema integral de seguridad social (ESP, fondo de pensiones y ARL) y demás obligaciones legales que le sean aplicables.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	10574 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025	Inversión	X	Funcionamiento	
Rubro presupuestal:	030701-2.3.45.4503.1000.001.2.3.2.02.02.009-20RB				
Valor: (Letras y Números)	DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE (\$18.270.000).				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Adición):					
Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				
*Si no existen adiciones diligencie con N/A					
** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición					

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)	
1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso. 2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO. 3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural). 4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato. 5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo). 6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado. 7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas. 8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio. 9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato. 10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato. 11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo con el acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad. 12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Apoyar la estructuración, generación e impresión de información cartográfica que se requiera en el marco de los diferentes procesos establecidos en la Ley 1523 de 2012 y el componente ambiental.
2. Apoyar en la generación de información cartográfica y localización de coordenadas dentro del marco de la ley 1523 de 2012, para la estructuración de los proyectos de reducción del riesgo en los veintinueve (29) municipios del departamento del Meta.
3. Apoyar en el análisis de información cartográfica suministrada en los informes de visitas técnicas de los veintinueve (29) municipios del departamento del Meta.
4. Apoyar en la implementación y mantenimiento de los sistemas de información geográfica - SIG en la Dirección Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres.
5. Asistir a reuniones, comités, capacitaciones, visitas técnicas y demás que sean requeridas por la Dirección Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres para la reducción del riesgo.
6. Apoyar en el componente ambiental de los proyectos que sean requeridos por la Dirección Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres para la reducción del riesgo.
7. Dar respuesta dentro de los tiempos establecidos, a la correspondencia, Derechos de petición y demás requerimientos que sean asignados por parte de la Dirección Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres para la reducción del riesgo.
8. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato y/o la directora departamental para la Gestión del Riesgo de desastres acorde a la idoneidad, perfil académico del contratista.

Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)

N/A

Periodo de Pago:	Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago 3

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Seis millones trescientos mil pesos m/cte (\$6.300.000).

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
-----------------------	--------------------	------------------------------	-----------------

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

10574	030701-2.3.45.4503.1000.001.2.3.2.02.02.009-20RB	--91119	\$6.300.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$6.300.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los veintinueve (29) municipios del Departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
VILLAVICENCIO	\$6.300.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$6.300.000
*Incluir filas adicionales si se requiere. **Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago (valores antes de Iva). ***Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.	

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A

Amortización del Anticipo						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo o Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial N	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere						

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	20/09/2025	30/09/2025	\$2.310.000	12.64%
Segundo Pago	01/10/2025	31/10/2025	\$6.300.000	34.49%
Tercer Pago	01/11/2025	30/11/2025	\$6.300.000	34.49%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	01/12/2025	16/12/2025	\$3.360.000	18.38%
Valor Total del Contrato Inicial	20/09/2025	16/12/2025	\$18.270.000	100%
*Inserte o Elimine filas si requiere. **Diligenciar en orden cronológico				

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A				
***Diligenciar en orden cronológico.				
****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$18.270.000
--	---------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	Noviembre/2025	Octubre/2025
Número de Planilla	7991913070	7993014464
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$2.530.000	\$2520000
Valor pagado a SALUD	\$316.300	\$0
Valor pagado a PENSIÓN	\$404.800	\$0
Valor pagado a ARL	\$0	\$175.400
Valor pagado a FSP	N/A	N/A

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	Si N/A
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
Si es Persona NATURAL se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, al primer (01) día del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO – DIGERD CÓDIGO 222 GRADO 05
Supervisor	

Villavicencio, 01 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO N° 03

EL DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8
Carrera 33 No. 38 – 45 Plaza Libertadores

DEBE A: JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR Identificado con C.C. 1.075.269.594 de Neiva - Huila

LA SUMA: SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$6.300.000)

POR CONCEPTO DE: Pago No. 03 al contrato de prestación de servicios profesionales No. 2000 del 19 de septiembre de 2025, cuyo objeto es: asistencia técnica en el área ambiental de las acciones para la reducción del riesgo en las comunidades de los veintinueve (29) municipios del departamento del Meta.

Periodo 003, comprendido del 01 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025, según orden de prestación de servicios profesionales.

Detalle lugar de ejecución:

MUNICIPIO	NÚMERO DE DÍAS	VALOR DÍA CONTRATO	TOTAL
Villavicencio	30	\$ 210.000	\$ 6.300.000

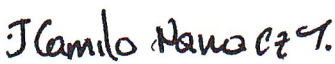
Me acojo a lo establecido en el art. 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al sistema de seguridad social en salud correspondientes al noviembre no han sido tenidos en cuenta en ningún otro pago.

Clasificación de ingresos por renta de trabajo Art. 335 de la Ley 1819 de 2016. Art. 103. Art 383 E.T.

No expido factura por no ser comerciante, según Art. 1 Decreto 65 de 1996 y Art. 615 del E.T.

No responsable de IVA, no obligado a facturar (literal H, Art. 2 Decreto 1001/97)

Firma:


JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR
C.C. 1.075.269.594

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 721.100
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1075269594
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO: META
DIRECCIÓN:	FINCA EL ENCANTO	TELÉFONO: 3168318
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 006 - GOBERNACION DEL META
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7991913070	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: noviembre
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1943330112

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-POVENIR			1	\$ 404.800
SUBTOTAL:					1	\$ 404.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.			1	\$ 316.300
SUBTOTAL:					1	\$ 316.300

VALOR SIN MORA:	\$ 721.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 721.100

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1075269594

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	GOBERNACION DEL META		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000148
Ciudad/Municipio	VILLAVICENCIO	Departamento	META
Dirección	CRA 33 # 38 - 45	Teléfono	6818500
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Actividades ejecutivas de la
Tipo Aportante	15-CONTRATANTE	Clase Aportante	A-MAS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	2017 - CONTRATISTAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	7993014464	Tipo de Planilla	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
Periodo Cotización Otros	octubre / 2025	Periodo Cotización Salud	octubre / 2025
Días de Mora	0	Fecha Pago	2025/11/07
Número Autorización	1912109818		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN CAMILO	Apellidos	NARVAEZ TOVAR
Tipo de Identificación		Número de Identificación	1075269594
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE-CONTRATO	Subtipo cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Salario Básico	\$ 2.520.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	CL	SIN	COM	GE	LMA	VAC	AVP	VCT
								X								

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 2.520.000
Clase de Riesgo	V	Tarifa	6,960 %
Centro de Trabajo	5	Total Aporte	\$ 175.400

TOTAL PAGADO:	\$ 175.400
----------------------	-------------------