Outlook

Autorización pago giro abril 2025 CTOS 76016122024, 76002022025, 76016352024, 76015862024, 76015912024

Desde Darling Palacios Lopez <Darling.Palacios@icbf.gov.co>
Fecha Vie 11/04/2025 16:49
Para Monica Ordonez Vasquez <Monica.OrdonezV@icbf.gov.co>
CC Adriana Daza Dorado <Adriana.Daza@icbf.gov.co>; Jennifer Rodriguez Pena <Jennifer.Rodriguez@icbf.gov.co>; Claudia Milena Martinez Ramirez <Claudia.MartinezR@icbf.gov.co>; Maritza Aragon Diaz <Maritza.Aragon@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Yo, ***DARLING PALACIOS LOPEZ,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***QUINTO*** correspondiente al *mes de* ***ABRIL 2025*** *del* contrato ***76016122024****, suscrito con* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA DEL RIO RAPOSO,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***ABRIL 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***DARLING PALACIOS LOPEZ,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***CUATRO*** correspondiente al *mes de* ***ABRIL 2025*** *del* contrato ***76002022025****, suscrito con la* ***ASOCIACIÓN DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR SECTOR GUABITO 5,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***ABRIL 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***DARLING PALACIOS LOPEZ,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***QUINTO*** correspondiente al *mes de* ***ABRIL 2025*** *del* contrato ***76016352024****, suscrito con* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA BAJA DEL RIO CALIMA,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***ABRIL 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***DARLING PALACIOS LOPEZ,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***QUINTO*** correspondiente al *mes de* ***ABRIL 2025*** *del* contrato ***76016362024****, suscrito con* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA DEL RIO DAGUA (ZONA MEDIA Y ALTA),*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal*

*motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de **ABRIL 2025.** Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***DARLING PALACIOS LOPEZ,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro **QUINTO*** correspondiente al *mes de **ABRIL 2025** del* contrato ***76015862024**, suscrito con **CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA DEL RIO RAPOSO,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de **ABRIL 2025.** Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

*Yo, **DARLING PALACIOS LOPEZ,** en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro **QUINTO** correspondiente al mes de **ABRIL 2025** del contrato **76015912024**, suscrito con **ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR SECTOR LA INMACULADA** para lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de **ABRIL 2025.** Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

Darlyng Palacios López
Profesional especializado
Promoción y Prevención
ICBF Centro Zonal Buenaventura
Avenida Simón Bolívar Km 9 - Buenaventura
Teléfono: 602 4882525 Ext. 274003
www.icbf.gov.co

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from COLOMBIAN INSTITUTE FOR FAMILY WELFARE - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the

recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of COLOMBIAN INSTITUTE FOR FAMILY WELFARE - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Yo, **DARLING PALACIOS LOPEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA DEL RIO DAGUA (ZONA MEDIA Y ALTA)**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**835.001.125-6**				
TIPO DE DOCUMENTO	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**76016362024**	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESD **2** (día) **enero** (mes) **2025** (año)	HASTA	**30** (día) **junio** (mes) **2026** (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**11** (día) **abril** (mes) **2025** (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**5** DE 19
VALOR A PAGAR	**$ 55.452.810,00**	EN LETRAS	**CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE.**

PERÍODO DE PAGO — DESDE 1 (día) abril (mes) 2025 (año) — HASTA 30 (día) abril (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL	**2825**	**10**	**C-4602-1500-9-704020-4602020-02**	**162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA**	**02-02-02-009-002-01**	**$ 55.452.810,00**

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCO CAJA SOCIAL S.A.** — NÚMERO DE CUENTA **24116069436** — TIPO DE CUENTA **AHORROS**

3. OBSERVACIONES

El criterio de Clasificación del gasto corresponde a Gasto Público.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR $ - A — EN LETRAS

AMORTIZACIÓN ANTICIPO $ - — CUOTA NÚMERO — DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	0.
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	55.452.810,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	0.
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	55.452.810,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	55.452.810,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DARLING PALACIOS LOPEZ	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**	VALLE DEL CAUCA	**CZ. BUENAVENTURA**	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARITZA ARAGON DIAZ	**CONTRATISTA**	**VALLE DEL CAUCA**	**BUENAVENTURA**	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
KELI VIVIANA MUÑOZ MAYOR	**CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN**		**14/04/2025**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA ALTO Y MEDIO RIO DAGUA
NIT 835.001.125-6

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT 899.999.239 2

DEBE LA SUMA $ 55.452.810

POR CONCEPTO Del CUARTO desembolso del contrato 76016362024 correspondiente al mes de ABRIL de 2025.

LA SUMA CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS

Se firma en Buenaventura 11 de ABRIL de 2025.

M.E.R

MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRIGUEZ

Representante Legal

CC. No.6.166.712 de Buenaventura

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PARA RESENTANTE LEGAL

Yo, MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRIGUEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 6.166.712, en mi condición de Representante Legal del CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE ALTO Y MEDIO RIO DAGUA identificada con NIT 835.001.125-6, CERTIFICO que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos laborales) y parafiscales (caja de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, servicio nacional de aprendizaje SENA) exigido por ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Para constancia, se firma en la ciudad de Buenaventura a los (11) día del mes de ABRIL de 2025.

M.E.R

MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRIGUEZ
Representante Legal
CC. No.6.166.712 de Buenaventura

ANEXOS COMUNES PARA TODAS LAS MODALIDADES

Ciudad y fecha: Buenaventura, 11-04-2025

SEÑORES
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL VALLE

Yo, **MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No**. 6.166.712** de Buenaventura, en mi calidad REPRESENTANTE LEGAL de la Entidad contratista **CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA ALTO Y MEDIO RIO DAGUA**, identificada con NIT No. **835.001.125-6** manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad, se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al mes de ABRIL **2025.**

Atentamente,

M.E.R

MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRIGUEZ
Representante Legal
CC. No.6.166.712 de Buenaventura

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
NIT 835001125	6	CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL ALTO Y MEDIO RIO DAGUA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 10 2 - 17	BUENAVENTURA-VALLE	2416146	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1404856606	9484603862	E	2025/04/07	2025/04/11	BANCO CAJA SOCIAL	4	$7,174,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1111775447	ANGULO DIANA																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
2	CC	1111772353	DELGADO MARLENY																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
3	CC	66743991	MURILLO CARMEN																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
4	CC	1111741164	MURILLO SENITH																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
5	CC	1028186272	ORDOÑEZ LEIDY																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
6	CC	29236395	RIASCOS ANA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
7	CC	66939290	RIASCOS LILIANA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
8	CC	29687646	RIVAS MARY																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
9	CC	29401935	ROMAN STELLA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
10	CC	38470200	TORRES MAGALY																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
11	CC	29236446	VALENCIA ELVIA		X																25-14	1	$47,450	$7,600	EPS018	1	$47,450	$6,000	CCF57	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$500	1	$47,450	$2,500	No	$18,500
12	CC	1111790749	VARGAS DEISI																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
13	CC	31896975	VARGAS OLGA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
14	CC	66887769	VERGARA LUZ																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
Total	**Afiliados(14)**																						$18,552,950	$2,969,000			$18,552,950	$2,320,000			$18,552,950	$742,900			$18,552,950	$194,200		$18,552,950	$929,400		$7,155,500

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
NIT 835001125	6	CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL ALTO Y MEDIO RIO DAGUA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 10 2 - 17	BUENAVENTURA-VALLE	2416146	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1404856606	9484603862	E	2025/04/07	2025/04/11	BANCO CAJA SOCIAL	4	$7,174,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				14	$2,969,000	$7,800	$0	$2,976,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$2,057,800	$5,400	$0	$2,063,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$600	$0	$228,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$683,400	$1,800	$0	$685,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$194,200	$600	$0	$194,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$194,200	$600	$0	$194,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$742,900	$2,000	$0	$744,900
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	14	$742,900	$2,000	$0	$744,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$2,320,000	$6,000	$0	$2,326,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	14	$2,320,000	$6,000	$0	$2,326,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$557,900	$1,500	$0	$559,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	14	$557,900	$1,500	$0	$559,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$371,500	$1,000	$0	$372,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	14	$371,500	$1,000	$0	$372,500
TOTAL				**14**	**$7,155,500**	**$18,900**	**$0**	**$7,174,400**

2025/04/11 03:07 PM

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	1.030.708.448,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	1.030.708.448,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	1.030.708.448,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	76016362024 CCC RIO DAGUA - ACTA DE INICIO.pdf	76016362024 CCC RIO DAGUA - ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	76016362024_informe superv_enero.pdf	76016362024_informe superv_enero.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	76016362024_informe superv_febrero 2025.pdf	76016362024_informe superv_febrero 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EP217409 DAGUA.pdf	EP217409 DAGUA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 543524 RIO DAGUA (ZONA MEDIA Y ALTA).pdf	RP 543524 RIO DAGUA (ZONA MEDIA Y ALTA).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 3(MARZO 2025) 76016362024 DAGUA.pdf	INF. SUPERVISION 3(MARZO 2025) 76016362024 DAGUA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.