



RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS
(PAGO PARCIAL O FINAL)

CÓDIGO: F-BS-15
VERSIÓN: 6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	25/03/2026	Periodo de Pago:	Del	23/02/2026	Al	22/03/2026
Contrato No. y Fecha:	0591 DEL 22 DE ENERO DEL 2026					
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:		2

Señores Gerencia de Contaduría, sirvase 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)	X	N/A	X	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 <ul style="list-style-type: none"> ● 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 prorroga) (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:	Luz Nelly Monzón Díaz
Cargo:	DIRECTORA DEPARTAMENTAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Cargo:	DIRECTORA DEPARTAMENTAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES
	Ordenador del Gasto		Supervisora

Firma:			
Nombre:	Luz Nelly Monzón Díaz	Andrea del Pilar Medina	Katherine Villarreal
Cargo:	Directora departamental para la gestión del riesgo de desastres	Profesional CPS 0596-DIGERD	Técnico Administrativo-DIGERD
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

 DEPARTAMENTO DEL META NTI 692.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06


Contrato No. y Fecha:	0591 DEL 22 DE ENERO DEL 2026		
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
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	LUZ NELLY MONZON DIAZ	c.c.	40.373.611
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Fortalecimiento en la implementación de los sistemas de la información geográfica - SIG en las acciones para la prevención y reducción del riesgo de desastres en las comunidades de los veintinueve (29) municipios del departamento del Meta.			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	TREINTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MDA/CTE (\$34.650.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Cinco (5) meses y quince (15) días		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	23/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	07/07/2026
--	------------	---	------------

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 pagara al CONTRATISTA, el valor de ejecución del contrato así: cinco (05) pagos mensuales vencidos, cada uno por un valor de Seis millones trescientos mil pesos mcte (\$6.300.000) y un último pago por valor de tres millones ciento cincuenta mil pesos (\$3.150.000) m/cte; previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema integral de seguridad social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) del periodo correspondiente y demás requisitos que le sean aplicables.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	699 DEL 23 DE ENERO DE 2026	Inversión	X	Funcionamiento	
Rubro presupuestal:	030701-2.3.45.4503.1000.001.2.3.2.02.02.009-20				
Valor: (Letras y Números)	TREINTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MDA/CTE (\$34.650.000).				
*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) <ol style="list-style-type: none"> 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. 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.
--

 DEPARTAMENTO DEL META MIT 692 000 148-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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	23/02/2026	Al	22/03/2026	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago 2

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
699	030701-2.3.45.4503.1000.001.2.3.2.02.02.009-20	-91119	\$6.300.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$6.300.000



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

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	23/01/2026	22/02/2026	\$6.300.000	18.18%
Segundo Pago/ Autorizado	23/02/2026	22/03/2026	\$6.300.000	18.18%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	23/03/2026	07/07/2026	\$22.050.000	63.64%
Valor Total del Contrato Inicial	23/01/2026	07/07/2026	\$34.650.000	100%

*Inserte o Elimine filas si requiere.

**Diligenciar en orden cronológico

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO:	F-BS-16
VERSIÓN:	06

				Financiera
*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	\$34.650.000
--	---------------------


Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	Febrero/2026	Febrero/2026
Número de Planilla	6009321632	6008318158
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$2.520.000	\$2.550.000
Valor pagado a SALUD	\$0	\$318.800
Valor pagado a PENSIÓN	\$0	\$408.000
Valor pagado a ARL	\$175.400	\$0
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, a los veinticinco (25) días del mes de marzo de 2026.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	LUZ NELLY MONZON DIAZ
Cargo:	DIRECTORA DEPARTAMENTAL PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES
	Supervisor

Villavicencio, 25 de marzo de 2026

CUENTA DE COBRO N° 02

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. 02 al contrato de prestación de servicios profesionales No. 0591 del 22 de enero de 2026, cuyo objeto es: FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DE LOS SISTEMAS DE LA INFORMACION GEOGRAFICA - SIG EN LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN LAS COMUNIDADES DE LOS VEINTINUEVE (29) MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META.

Periodo 002, comprendido del 23 de febrero de 2026 al 22 de marzo 2026, 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

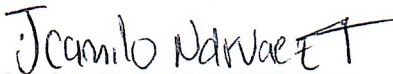
Me acojo a lo establecido en el art. 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al sistema de seguridad social en salud correspondientes al mes de febrero no han sido tenidos en cuenta en ningún otro pago.

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

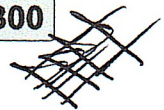
DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075269594
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN CAMILO NARVAEZ TOVAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	FINCA EL ENCANTO TELÉFONO:	3168318
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	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:	6008318158	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 161097606

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-PORVENIR		1	\$ 408.000
SUBTOTAL:				1	\$ 408.000
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A		1	\$ 318.800
SUBTOTAL:				1	\$ 318.800

VALOR SIN MORA:	\$ 726.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 726.800



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	6009321632	Tipo de Planilla	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
Periodo Cotización Otros	febrero / 2026	Periodo Cotización Salud	febrero / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/03/05
Número Autorización	115254017		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN CAMILO	Apellidos	NARVAEZ TOVAR
Tipo de Identificación	CC	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	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
								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
----------------------	-------------------