

Recepción documentos para pago a contratistas y/o proveedores del MHCP

Número de Radicado
1-2024-011080

Fecha de Radicado
09/02/2024 11:59

Fecha de Presentación
09/02/2024 11:59

Información del contratista del MHCP

- ° Tipo Documento : **NIT** ° Identificación del Contratista : **860013570-3**
° Nombre del Contratista : **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM**
° Correo Electrónico donde desea recibir la respuesta : **aabernal@cafam.com.co**
° Digite su correo nuevamente : **aabernal@cafam.com.co**

Recepción Documentos para pago

- ° ¿Es usted obligado a facturar? : **SI**
° Nro. Contrato Ejemplo 3.435-2020 : **3.204-2023**
° Concepto de cobro : **SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL**
° Periodo del Servicio:Año **2024** ° Mes : **01**
° Nombre del Supervisor en el Ministerio de Hacienda : **DIANA MARCELA LUQUE GORDILLO**
° Tipo de contratista : **Persona Jurídica**

☒ Mención Legal: La responsabilidad por la recolección, entrega y validez de la información requerida es responsabilidad exclusiva del Contratista

Expone / Solicita

Observaciones

Presentación electrónica del Trámite Recepción documentos para pago a contratistas y/o proveedores del MHCP

Asunto

Documento: 860013570-3 - Nombre del Contratista: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
- Nro. contrato: 3.204-2023 - Concepto cobro: SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL - Supervisor
Contrato: DIANA MARCELA LUQUE GORDILLO

Casos seleccionados

- ° Si usted es **PERSONA JURÍDICA** y **SI** está obligado a facturar:

Documentos requeridos adjuntados

- º **01. Evidencia solicitud de pago SECOP II (Archivo en PDF):** Documento adjuntado PANTALLAZO SECOP.pdf
Identificador: IM7tgXvBxQCeMdg4xx8nwS4YrEk=
- º **02. Cumplido para pago (Archivo en PDF):** Documento adjuntado informe cumplido salud enero 24 firmado.pdf
Identificador: v0NM1BCY9DYiV4MDFs90VfZ7m/M=
- º **03. Informe de Ejecución o acta de entrega (Archivo en PDF):** Documento adjuntado Informe facturación 36 - SALud enero - firmado.pdf
Identificador: 3o4MAk8wGcFqhXpm5iyAlx/+kEE=
- º **04. Representación gráfica de la factura (Archivo en PDF):** Documento adjuntado
ad086001357002724714420240202115032321.pdf
Identificador: Q/uzzgallAP2Jmx3F4QnDCGiW3E=
- º **05. Certificado pago de seguridad social (Archivo en PDF):** Documento adjuntado CERTIFICADO DE PARAFISCALES CON CORTE A DICIEMBRE Y SOPORTES REVISOR.pdf
Identificador: ms725iSNhS9aI/wQ4LWEw7ARylk=

Documentos opcionales no adjuntados

- º **06. Informe final de actividades (Archivo en PDF):** Documento no presentado

Avisos legales

Datos Personales

(*) Los datos facilitados por usted en este formulario pasarán a formar parte de bases de datos personales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público obtenidas con ocasión del desarrollo de las funciones legales y constitucionales, y podrán ser utilizados para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Así mismo y de conformidad con la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, de Protección de Datos de Carácter Personal, o las que hagan sus veces, usted podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación presentada ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de igual manera podrá descargar y consultar nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en el link : www.minhacienda.gov.co/webcenter/wccproxy/d?dDocName=WCC_CLUSTER-104160



Apo.41.Fr.002 Cumplido para Pago



Codigo:

Apo.4.1.Fr.002

Fecha

31/01/2023

Versión

6

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRATOS

RADICADO No.: CP -

CONS 37

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No. 3 204 - 2023

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA 860013570

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO PRESTAR LOS SERVICIOS QUE REQUIERA EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO E INCENTIVOS.

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO 03/05/2023

No.Compromiso 82423

NOMBRE CONTRATISTA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

VALOR DEL CONTRATO 505,740,630.00 ADICIONALES 100,906,852.00 SALDO CONTRATO 287,724,355.00

FECHA DE INICIO: 09/05/2023

FECHA DE TERMINACION: 30/04/2024

Adiciones y/o Cesiones del Contrato

Adicion No. 1 Fecha Adicion 21/12/2023 Desde 01/01/2024 Hasta 30/04/2024 Tiempo Adicion 0 anos - 3 meses y 30 dias Objeto: OTROSÍ NO. 1 MEDIANTE EL CUAL SE PRORROGA Y ADICIONA EL CONTRATO NO. 3.204-2023

DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO

Tipo de Pago	No.	Condicion de Pago	Aclaracion	Vr.Pago	Iva Aplicado	Valor Iva	Amortizacion Anticipada	Total a Pagar
FACTURA NO.	SD251039201 PERIODO 7	1.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE INGRESO (INTRAMURAL) - ENERO 2024	110,337.00	0 %	.00		110,337.00	
FACTURA NO.	SD251039201 PERIODO 7	2.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE RETIRO (INTRAMURAL) - ENERO 2024	36,779.00	0 %	.00		36,779.00	
FACTURA NO.	SD251039201 PERIODO 7	3.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL OPTOMETRIA (JORNADA INTRAMURAL) - ENERO 2024	54,732.00	0 %	.00		54,732.00	
FACTURA NO.	SD251039201 PERIODO 7	4.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL VALORACION POR PSICOLOGIA ESFERAS MENTALES INGRESOS(INTRAMURALES) - ENERO 2024	128,886.00	0 %	.00		128,886.00	
FACTURA NO.	SD251039201 PERIODO 7	5.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL VALORACION POR PSICOLOGIA ESFERAS MENTALES PERIÓDICOS (DRA. VIVIANA ROJAS) - ENERO 2024	42,962.00	0 %	.00		42,962.00	
		TOTALES	373,696.00		.00			
TOTAL A PAGAR							373,696.00	

Anexos y No. de Folios

Factura 1 Cuenta de Cobro

Otros Anexos o Folios 1 Entrada a Almacen

Declaracion juramentada Seguridad Social

Constancias de pago de la seguridad social 1

Total de Folios Anexos

3

En calidad de Supervisor/Interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfaccion de las obligaciones que emanan del contrato, la acreditacion del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores corresondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

DIANA MARCELA

Firmado digitalmente por DIANA MARCELA LUQUE GORDILLO

Fecha: 2024.02.05 14:48:46 -05'00'

FIRMA:

LUQUE GORDILLO

NOMBRE:

DIANA MARCELA LUQUE GORDILLO

CARGO:

ASESOR

CEDULA:

36754315

CONTENIDO DEL INFORME

1.	Condiciones del Contrato	1
2.	Objeto del Contrato	1
3.	Obligaciones del Contrato, Actividades Ejecutadas y Productos Entregados	1

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: 3.204-2023
 Nombre del Contratista: **CAJA DE COMPENSACIÓN CAFAM**
 Periodo informe: ENERO DE 2024
 Supervisor: Diana Marcela Luque Gordillo
 Área perteneciente: Subdirección de Gestión del Talento Humano

2. OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios que requiera el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la ejecución de los programas y actividades de bienestar social, seguridad y salud en el trabajo, e incentivos

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATO, ACTIVIDADES EJECUTADAS Y PRODUCTOS ENTREGADOS

Las obligaciones adquiridas son las siguientes:

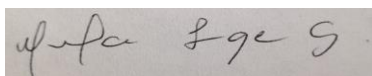
Plan: SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL

Se realizó la actividad del 01/01/2024 al 31/01/2024, la cual se llevó a cabo a satisfacción con un costo de \$373.696, Factura No. SD2510392017


FIRMA CONTRATISTA

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.



FIRMA SUPERVISOR



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
860013570-3
Av Cra 68 No.90-88
BOGOTÁ D.C. Colombia
TÉL: 6468000
carteraFE@cafam.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No.SD2510392017	
Fecha Factura:	02/02/2024 11:50:24
Fecha de Vencimiento:	03/03/2024
Fecha de Ingreso:	2024-01-01
Fecha de Egreso:	2024-01-31

Somos Grandes Contribuyentes Resolución No. 012220 del 26 de diciembre de 2022
ABSTENERSE DE EFECTUAR RETENCION DE IVA E ICA SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA. RESPONSABLES DE IVA SOMOS
AUTORETENEDORES DE RENTA DIAN 07254 de 17/08/2005
RESOLUCION DIAN No.18764060773061 DE 2023-11-28 SD25 DEL 10378993 AL SD25 11000000 VIGENCIA hasta 2025-11-28

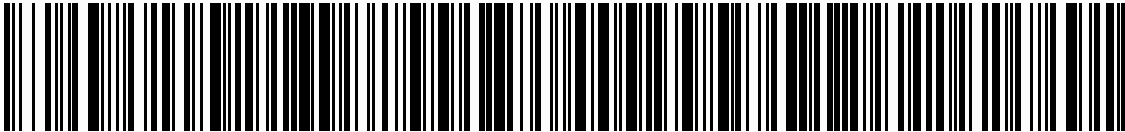


CLIENTE: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO NIT: 899999090-2 Dirección: KR 8 6 64 Teléfono: 3501200 Historia Clínica: // Tipo de Servicio / Plan: SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL	Paciente: No Identificación: Tipo de documento: MIPRES: No. Póliza: Autorización:	Tipo Afiliado: TOMADOR/AMPARADO PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD N° Fórmula: SSC: Nivel: Registro:
---	--	--

CODIGO	DETALLE	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO SIN IVA	% IVA	VALOR IMPUESTO	VALOR TOTAL CON IVA
630-00455	1.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE INGRESO (INTRAMURAL)	3	número de artículos	36,779	0.00	0	110,337
630-00455	2.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE RETIRO (INTRAMURAL)	1	número de artículos	36,779	0.00	0	36,779
630-00105	3.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL OPTOMETRIA (JORNADA INTRAMURAL)	3	número de artículos	18,244	0.00	0	54,732
630-00126	4.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL VALORACION POR PSICOLOGIA ESFERAS MENTALES INGRESOS(INTRAMURALES)	3	número de artículos	42,962	0.00	0	128,886
630-00126	5.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL VALORACION POR PSICOLOGIA ESFERAS MENTALES PERIODICOS (Doctora Viviana Rojas)	1	número de artículos	42,962	0.00	0	42,962
Total Nro Lineas: 5							

OBSERVACIONES: Realizado por: LVARON - Fact Servicios Salud "#\$13-01-01-000;3.204-2023;diana.luque@minhacienda.gov.co#\$" FECHA INICIO SERVICIO: 2024-01-01 FECHA FIN DEL SERVICIO: 2024-01-31	Base	% Iva	Valor Iva	SubTotal IVA	373,696 0
	373,696	0.00	0	VALOR TOTAL:	373,696
				Descuentos	0
				Anticipos	0
Valor en Letras: TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS ML				VALOR A PAGAR	373,696

Forma de Pago: Crédito Pago a 30 días
Medio de Pago: Otro
Para pagos por favor girar a la cuenta de ahorros Davivienda No. 4738 7007 6105. El no pago de esta factura a su vencimiento generará intereses por mora, equivalentes a la tasa máxima permitida para operaciones comerciales durante el tiempo de la mora.
En cumplimiento de la Ley 1568 de 2012 y demás de Protección de Datos Personales, se advierte que sus datos van a la Base de Datos de CAFAM. Ud. podrá manifestar su negativa al respecto, de acuerdo con la PTI publicada en www.cafam.com.co



(415)770101000000(8020)2510392017(3900)(96)99991231



Tel: +57 1 623 0199
bdo@bdo.com.co
www.bdo.com.co

Carrera 16 No. 97 - 46 Piso 8
Bogotá D.C., Colombia
Sucursales:
Cali, Medellín y Barranquilla.

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM
NIT. 860.013.570-3**

CERTIFICA QUE:

Para la elaboración de esta certificación, he obtenido de la administración de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** la información necesaria y he seguido los procedimientos aconsejados por las Normas Internacionales de Auditoría, sin perjuicio de que es esta la responsable de la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas de contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia.

Por su parte, la auditoría de los estados financieros de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** para la vigencia fiscal 2023, se encuentra en proceso y concluirá con la emisión del dictamen de Revisoría Fiscal durante el primer trimestre del año 2024 conforme a las normas legales y estatutarias.

Aunado a lo anterior, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** al 18 enero de 2024, por concepto de aportes a los sistemas de pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para el mes de diciembre del 2023 y a los sistemas de Salud del mes de enero del 2024. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de enero de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Así las cosas, los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

- Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
- Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** para los meses de julio, agosto, septiembre, octubre noviembre y diciembre del 2023.
- Comparación del listado obtenido según se menciona en el literal anterior, con los documentos soporte de los pagos respectivos efectuados por la administración de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** correspondientes a las planillas como se detalla a continuación:



(VALOR EN PESOS COLOMBIANOS)

MES	OPERADOR	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
JULIO	Simple S.A	1056925957	17/08/2023	\$ 11.502.348.100
JULIO	Simple S.A	1056863466	17/08/2023	46.400
AGOSTO	Simple S.A	1057584705	18/09/2023	11.620.317.100
AGOSTO	Simple S.A	1057592284	18/09/2023	46.400
SEPTIEMBRE	Simple S.A	1058239705	18/10/2023	11.664.841.000
SEPTIEMBRE	Simple S.A	1058339097	18/10/2023	46.400
OCTUBRE	Simple S.A	1059105115	20/11/2023	11.590.560.400
OCTUBRE	Simple S.A	1059105379	20/11/2023	46.400
NOVIEMBRE	Simple S.A	1059833224	19/12/2023	11.854.562.900
NOVIEMBRE	Simple S.A	1059775854	19/12/2023	46.400
DICIEMBRE	Simple S.A	1060624504	18/01/2024	11.398.613.600
DICIEMBRE	Simple S.A	1060542697	18/01/2024	\$ 46.400

Sin perjuicio de las limitaciones establecidas por las normas legales y contables para el ejercicio de la revisoría fiscal, el alcance de mi trabajo en lo que se refiere a esta certificación se limita únicamente al cruce de los valores incluidos contra los registros contables que me ha suministrado la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**, La información financiera, contable, tributaria y extracontable es responsabilidad de la administración de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**.

Así mismo, conforme a la información aportada por la administración a esta Revisoría Fiscal, del 01 de julio de 2023 al 31 de diciembre de 2023 la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** se encuentra al día con los pagos asociados a la planilla integrada de aportes y seguridad social.

Sumado a lo anterior, y en virtud de los principios de independencia y objetividad esta certificación se suscribe de forma independiente por parte del Revisor Fiscal y bajo el alcance de las normas legales que enmarca la profesión.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., por solicitud de la administración de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**, a los ventaseis (26) días del mes de enero de 2024, con destino a quien interese.

JOHN JAIRO LACHE CHACON
Firmado digitalmente por JOHN JAIRO LACHE CHACON
DN: cn=JOHN JAIRO LACHE CHACON, c=CO, o=BDO AUDIT S.A.S. BIC, ou=CONVENIOS - 2 AÑOS - TOKEN VIRTU, email=J.LACHE@BDO.COM.CO
Fecha: 2024.01.26 15:53:14 -05'00'
JOHN JAIRO LACHE CHACON
Revisor Fiscal
T.P. 45041-T

Miembro de
BDO ASEGURAMIENTO S.A.S.
3.431.906.063

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.507.983**

LACHE CHACON
APELLIDOS

JOHN JAIR
NOMBRES

[Signature]
FIRMA



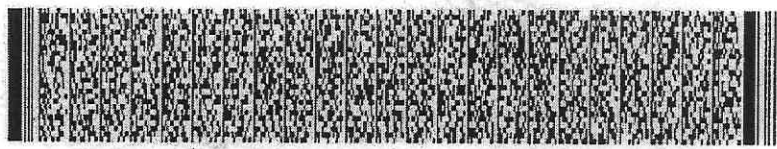
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1969**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500101-42116705-M-0079507983-20031110 02540 03314A 01 146842953

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

45041-T

JOHN JAIRO
LACHE CHACON
C.C. 79507983
RESOLUCION INSCRIPCION 094
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FECHA 02/11/95

Presidente *[Firma]* 00052691



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

DUPLICADO

000492

FIRMA DEL TITULAR *[Firma]*

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

976770AARDZF20555

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **JOHN JAIRO LACHE CHACON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79507983 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 45041-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Febrero de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Pago 035

502610362017

2022-02-24 11:50 AM (UTC-5 hours)

2022-02-24 12:00 PM (UTC-5 hours)

373.688 COP

373.688 COP

373.688 COP

Pagado

[Detalle](#)

Pago 035

SD2510392017

7 días de tiempo transcurrido (2/02/2024
11:50:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

-

373.696 COP

Enviado a la Entidad Estatal