REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - NOTA DEBITO A TERCEROS

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 21001044 **FECHA : 27-ABR-2021**

CUENTA PAGADORA:22025213814-4 - OTROS GTOS EN SALUD INVERSION

Documento de Causación: OPF-21003159 **Radicado :**

Contrato: CONTRATO 0370-2021 **Acta de Pago :** INFORME 2

Tercero : 24191755 - GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA

Beneficiario : 24191755 - GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
0981311020	BANCO BBVA	A

Concepto: PAGO INFORME 2 DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE MARZO AL 22 DE ABRIL DE 2021 SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 0370 DE FECHA 22 DE FEBRERO DE 2021.

Orden de Pago		Descripción	Valor
OPF	21003159	GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA	3,735,931.00

TOTALES CONTABLES **3,735,931.00**

Movimiento Contable

		3,735,931.00	3,735,931.00
Cuenta	**Descripción**	**Debitos**	**Creditos**
240101003	Honorarios y Servicios	3,735,931.00	0.00
111006007002	Popular 814-4 Otros Recurs Invers.Salud	0.00	3,735,931.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 27-ABR-2021 Usuario: CHELY Terminal: GOBCAS\HATE-DCQ-1780

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : **03 - 21003159**

VALOR : $3,769,920.

FECHA : 26-ABR-20

SIRVASE PAGARA : GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA NIT: 24191755

LA SUMA DE : TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

CONCEPTO : PAGO INFORME 2 DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE MARZO AL 22 DE ABRIL DE 2021 SEGUN CONTRA PRESTACION DE SERVICIOS 0370 DE FECHA 22 DE FEBRERO DE 2021.

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
8.1101011000ICLD.282020200901001G.18.1903.0000000.2020006860079	Mejoramiento de los procesos de gestión de la autoridad sanitaria y de gobernanza para la garantía del derecho a la salud en el departamento de Casanare	3,769,920.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
550205079	Honorarios	3,769,920.00	
240790006	Cobro de Papeleria Ord.016 de 2015		7,6
243627002	Retención de Impuesto de ICA Yopal		26,3
240101003	Honorarios y Servicios		3,735,9

CONTABIL
26 ABR 2021
Hora 5:14pm

NETO A PAGAR $3,735,931.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

814-4

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

RECIBI

C.C ó NIT

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERÍA
27 ABR 2021
HORA:
RECIBÍ: 000059

SECRETARIA DE SALUD

Nit : 892099216

Usuario : GOBCAS\HACO-DHP-15771:sandra.moreno:172.17.1.254/MSANDRA

YOPAL , 26-ABR-2021 03:48 PM

Reporte: PDSO_G

Pag. 1De 1

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADA A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Numero de Autorizacion 18764006927842 04-Nov-2020 Rango 1001 - 30000 Vigencia

Desde : 4968 **12 Meses** Hasta : 4968

Doc. Soporte	Cuenta por pagar	Doc. Caja menor	Tercero	Fecha	Observación	Valor
SOPA - 4968	03 - OPF - 21003159		24191755 - GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA	26-04-2021	PAGO INFORME 2 DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL MARZO DE FEBRERO AL 22 DE ABRIL DE 2021 SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 0370 DE FECHA 22 DE FEBRERO DE 2021.	3,769,920.00
					Total Documento :	**3,769,920.00**

* * * FIN REPORTE * * *

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Oficina Jurídica
Secretaria de Salud Dptal
Revisado

NO OBLIGADOS A FACTURAR
FO-AB-18
13-02-2019
V. 06

RÉGIMEN SIMPLIFICADO
Decreto 1165 de 1996 y 1001 de 1997, DR 522/2003

Ciudad y Fecha: Yopal, 23 de abril de 2021 No. 0370 de 2021-02-22 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-017-2021 Fecha de Contrato: 22/02/2021

Nombre y Apellidos o Razón Social del Contratista: MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ

No. de Identificación: 24191755 DV -8

Objeto Contractual: Realizar seguimiento, control y sustanciación a los procedimientos administrativos de las acciones de inspección y vigilancia a los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Casanare.	
Dirección Residencia:	Calle 22 No. 14 - 10
Celular:	3203062830
Duración Del Contrato:	3 MESES
Acta De Inicio:	23 de febrero de 2021
Periodo de Cobro:	23/03/2021 A 22/04/2021
Número de periodo:	2 DE 3
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 11.309.760
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 7.539.840
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 3.769.920
Valor a pagar según plan de pagos SECOP II (valor en No. y letras):	$ 3.769.920 (TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE).
Saldo a favor del Departamento:	$ 0

Secretaria De Hacienda
DIRECCIÓN TECNICA DE CONTABILIDAD
25 ABR 2021
Recibí: 1-01899
Hora: 10:30am

FIRMA DEL PRESTADOR: _____

Nota: El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

Yopal, 23 de Abril de 2021

Señores
GOBERNACIÓN DE CASANARE
Dirección Técnica de Contabilidad
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía número 24.191.755 de San Luis de Palenque, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE**:

- Mis ingresos percibidos por la Gobernación de Casanare en el año 2021, corresponden a la prestación de servicios por honorarios, en el que contraté o vinculé por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad. **SI** ☐ **NO** ☒

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 23-03-2021 y el 22-04-2021, en los pagos que me realice la Gobernación de Casanare de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año **2020** (Hasta 100 UVT mensuales-$3.630.800). Art *387 ET-DR 4713/05*	$0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 580.928). *Art 387 ET*	$0

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales ($1.161.856) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.655.182	Helbert Alejandro	Achagua	González	Hijo	10

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales ($11.509.636).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	$0
Aportes en cuentas AFC	$0

Finalmente, informo que los servicios del contrato No. 0370 de 2021-02-22 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-017-2021 de fecha 22/02/2021 fueron ejecutados en el municipio Yopal y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente

MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
C.C. 24.191.755 de San Luis de Palenque

Gobernación de Casanare
NIT:892099210-6

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

FO-AB-61
08-05-2020
V. 05

Ciudad y Fecha: Yopal, 23/04/2021	Número y fecha del Contrato: 0370 de 2021-02-22 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-017-2021 del 22/02/2021
CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 23/03/2021 A: 22/04/2021	Informe No. 2 de 3

UNIDAD EJECUTORA:
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL, DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTÍA DE LA CALIDAD.

1. **INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.**

Nombres y Apellidos del Contratista: MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ No. de Identificación: 24191755 DV- 8

Registro Único Tributario: Común ☐ Simplificado ☒ Fecha de actualización RUT: 19/06/2019

Objeto del Contrato: Realizar seguimiento, control y sustanciación a los procedimientos administrativos de las acciones de inspección y vigilancia a los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Casanare.

Nombre del Proyecto de Inversión: Mejoramiento de los procesos de gestión de la autoridad sanitaria y de gobernanza para la garantía del derecho a la salud en el Departamento de Casanare.	Código BPIN: 2020005850079
Plazo de Ejecución: (03) TRES Meses	Meses Ejecutados: (02) DOS Mes
Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 23/02/2021	Fecha de Terminación: 22/05/2021

ESTADO FÍSICO:
Hasta la fecha 22/04/2021 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 66.66%, contra una programada de 100% del Total.

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 11.309.760
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 7.539.840
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 3.769.920
Valor a pagar según plan de pagos SECOP II (Valor en número y letras)	$ 3.769.920 (TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE).
Saldo a favor del Departamento:	$0

Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato se pagará mediante tres (3) mensualidades vencidas, cada una por valor de Tres millones setecientos sesenta y nueve mil novecientos veinte pesos M/Cte ($3.769.920.00) , previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia y la aprobación por parte del supervisor del contrato, para un presupuesto total de Once millones trescientos nueve mil setecientos sesenta pesos M/Cte. ($11.309.760.00).

Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: Ahorros
	No. 0981311020
	Entidad Financiera: BBVA

B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	8.1101011000 0ICLD.232020 2009010015.1 9.1903.000000 0.2020005850 079	21000686	22/02/2021	$11.309.760

VoBo. _____

	Registro Presupuestal	8.1101011000 0ICLD.232020 2009010015.1 9.1903.000000 0.2020005850 079	210370	23/02/2021	$11.309.760
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días):	Fecha Suscripción:		Nueva Fecha Terminación Contrato:	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

Concepto		Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Reiniciación			dd-mm-aaaa	**N.A.**
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. **INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS** (Agregue las filas y columnas que requiera)

Contrato Inicial	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	$	$	$
Contrato Adicional	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	$	$	$

3. **INFORMACIÓN DE PÓLIZAS** (Diligenciar solamente si aplica)

Descripción de los amparos	%	Contrato Inicial	Fecha Constitución	Fecha Vencimiento	Fecha aprobación Pólizas
		dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa

4. **PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.** (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	4386014319	$1.508.000	$188.500	$188.500	MARZO	SANITAS
PENSIÓN	16	4386014319	$1.508.000	$241.300	$241.300	MARZO	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	4386014319	$7.900	POSITIVA			

VoBo.

5. **INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA):**

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
YOPAL	$ 3.769.920	100

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

MARIA CONSTANZA VEGA ORDUZ
C.C. No. 52.153.993 de Bogotá
Secretaria de Salud de Casanare (E)
Decreto No. 0070 del 20 de abril de 2021

SUPERVISOR

OLGA MIRIAM BARINAS ARIAS
C.C. No. 47.441.998 de Yopal
Profesional Universitario
Memorando del 23/02/2021

Revisó: _____

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO
(DILIGENCIE TODO EL FORMATO EN LETRA ARIAL 9 en color negro no utilice negrillas)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24191755
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 32 46 10 // 3203062830	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			43866014319	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/04/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9094730629

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 241,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,300	$ 0	$ 241,300
SUBTOTALES:										**$ 241,300**	**$ 0**	**$ 241,300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 188,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 188,500	$ 0	$ 0	$ 188,500
SUBTOTALES:													**$ 188,500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 188,500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7,900	$ 7,900	$ 0	$ 0	$ 7,900
SUBTOTALES:									**$ 7,900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7,900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24191755	GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,506,000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,506,000	$ 241,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 241,300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,506,000	$ 188,500	$ 0	$ 188,500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,506,000	$ 24191755	$ 7,900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 437.700

Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14635896632

(415)7707212489984(8020) 000001463589663 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 4 1 9 1 7 5 5	8	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 4 1 9 1 7 5 5	2 0 0 1 0 1 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	San Luis de Palenque 3 2 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	GUAYANEZ	MARIA	EUGENIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DROGUERIA M. SALOME	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal: CL 22 14 10

42. Correo electrónico: mgonzalez5002@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 0 6 2 8 3 0	3 1 1 2 3 3 5 8 9 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 0 8 0 3 0 1	4 7 7 3	2 0 1 5 0 7 2 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 08 - 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

7

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	027	23/03/2021 10:37:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	23/03/2021 10:43:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.769.920 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	0128	7 horas de tiempo transcurrido *(23/04/2021 9:24:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7 horas de tiempo transcurrido *(23/04/2021 9:28:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.769.920 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ESTUDIO PREVIO.pdf	1. ESTUDIO PREVIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. FICHA DE CONTROL (1).pdf	2. FICHA DE CONTROL (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. MATRIZ DE RIESGO.pdf	3. MATRIZ DE RIESGO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. SOLICITUD CDP.pdf	4. SOLICITUD CDP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. CDP.pdf	5. CDP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PLAN DE ADQUISICIONES.pdf	6. PLAN DE ADQUISICIONES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. JOHA DE VIDA.pdf	7. JOHA DE VIDA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. IDONEIDAD.pdf	8. IDONEIDAD.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. INVITACION SECOP.pdf	9. INVITACION SECOP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	10. CONTRATO.pdf	10. CONTRATO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	11. RP.pdf	11. RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	12. ARL.pdf	12. ARL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	13. SUPERVISOR.pdf	13. SUPERVISOR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	14. ACTA DE INICIO.pdf	14. ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >