# REPUBLICA DE COLOMBIA
# DEPARTAMENTO DE CASANARE
## NIT. 892.099.216-6

**BPAG**

**NDT - NOTA DEBITO A TERCEROS**

**COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 22003267** **FECHA : 07-SEP-2022**

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

---

**Documento de Causación: OPF-2203277** **Radicado :**

**Contrato:** CONTRATO 1334-2022 **Acta de Pago :** INFORME 1

---

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 DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 03 DE AGOSTO AL 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2022 SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 1334 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2022

| Orden de Pago | | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|
| OPF | 2203277 | GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA | 4,353,378.00 |

**TOTALES CONTABLES** **4,353,378.00**

## Movimiento Contable

| | | 4,353,378.00 | 4,353,378.00 |
|---|---|---|---|
| Cuenta | Descripción | Debitos | Creditos |
| 240101003 | Honorarios y Servicios | 4,353,378.00 | 0.00 |
| 111006007002 | Popular 814-4 Otros Recurs Invers.Salud | 0.00 | 4,353,378.00 |

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 07-SEP-2022 Usuario: CHELY Terminal: GOBCAS\HATE-DHP-1056

RE

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 2203277

VALOR : $4,398,240.00

FECHA : 06-SEP-2022

SIRVASE PAGAR A : GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA NIT: 24191755

LA SUMA DE : CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

CONCEPTO : PAGO INFORME DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 03 DE AGOSTO AL 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2022 SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 1334 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2022

### MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

| RUBRO | DESCRIPCION | VALOR |
|---|---|---|
| 8.133306.1A.1803.0800.2021006560063.0.2.3.2.02.02.68 | *Implementación de acciones de inspeccion vigilancia y control a cargo de la autoridad sanitaria para la garantia del derecho a la salud en el departamento h01bpin079 casanare* | *4,398,240.00* |

### REGISTRO CONTABLE

| CODIGO | CUENTA | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|---|
| 511179001 | Honorarios | 4,398,240.00 | |
| 243627002 | Retención de Impuesto de ICA Yopal | | 43,982.00 |
| 243690014 | Dcto. Sobretasa Bomberil Yopal | | 880.00 |
| 240101003 | Honorarios y Servicios | | 4,353,378.00 |

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERÍA
07 SEP 2022
HORA: 8:40am N°
RECIBÍ: Jhoan

NETO A PAGAR $4,353,378.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C ó NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

CONTABIL
07 SEP 2022
Hora 10:50

SECRETARIA DE SALUD
Nit : 892099216
Usuario : GOBCAS\HACO-DHP-22016:rosa.duran:172.17.1.254/DROSA

YOPAL , 06-SEP-2022 09:04 AM
Reporte: PDSO_G
Pag. 1De 1

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADA A NO OBLIGADOS A FACTURAR**

**Numero de Autorizacion 18764023006589 17-Dic-2021 Rango 12233 - 30000 Vigencia**

Desde : 20121 **12 Meses** Hasta : 20121

| Doc. Soporte | Cuenta por pagar | Doc. Caja menor | Tercero | Fecha | Observación | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOPA - 20121 | 03 - OPF - 2203277 | | 24191755 - GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA | 06-09-2022 | PAGO INFORME DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 03 DE AGOSTO AL 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2022 SEGUN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 1334 DEL 01 DE AGOSTO DEL 2022 | 4,398,240.00 |
| | | | | | **Total Documento :** | **4,398,240.00** |

*** * * FIN REPORTE * * ***

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

2021

**NO OBLIGADOS A FACTURAR**
FO-AB-18
13-03-2021
V. 07

## DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
## NO RESPONSABLES DE IVA

Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T, Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12
Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 05 de septiembre de 2022 Contrato No. 1334 de 2022-08-01 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-227-2022 Fecha del Contrato: 01/08/2022

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ

No. de Identificación Tributaria- NIT: 24191755 DV -8

| | |
|---|---|
| Objeto Contractual: Realizar el fortalecimiento y monitoreo a los proceso sancionatorio en el componente jurídico del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad como resultado de las acciones de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Casanare. | |
| Dirección Residencia: | Calle 22 No. 14 - 10 |
| Celular: | 3203062830 |
| Duración Del Contrato: | 4 MESES Y 15 DÍAS |
| Acta De Inicio: | 03 de agosto de 2022 |
| Periodo de Cobro: | 03/08/2022 A 02/09/2022 |
| Número de periodo: | 1 DE 5 |
| Valor Total del Contrato de prestación de servicios: | $19.792.080 |
| Valor Ejecutado a la fecha: | $4.398.240 |
| Saldo por facturar del Total del Contrato: | $15.393.840 |
| Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras) | $4.398.240,00 (CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE) |
| Saldo a favor del Departamento: | $0 |

Secretaría De Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD
8608
05 SEP 2022
Recibí: Yomi
3:40 p
Hora

FIRMA DEL VENDEDOR O DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO

*Nota: Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.*

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

Yopal, 5 de septiembre de 2022

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, 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 2022, 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. **SÍ** ☐ **NO X**

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 03/08/2022 y el 02/09/2022, 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 2021 (Hasta 100 UVT mensuales- $3.800.400). Art *387 ET-DR 4713/05* | $ 0 |
| Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 608.064). *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 ($1.216.128) *Art 387 ET*.

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PARENTESCO | EDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.029.655.182 | Helbert Alejandro | Achagua | González | Hijo | 11 |

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 ($12.047.268).

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

Y finalmente, informo que los servicios del contrato No. 1334 de 2022-08-01 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-227-2022 de fecha 01/08/2022 fueron ejecutados en el municipio de Yopal y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

**MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ**
C.C. No. 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
16-03-2021
V. 06

| | |
|---|---|
| Ciudad y Fecha: Yopal, 05/09/2022 | Número y fecha del Contrato: 1334 de 2022-08-01 SECOP II CAS-FDS-CDPSP-227-2022 del 01/08/2022 |
| CPSP ☒ CPSAG ☐ | Periodo de pago: DE 03/08/2022 A: 02/09/2022 Informe No. 1 de 5 |

**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

Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☒ Régimen especial ☐ No declarante ☐ Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☐

Fecha de actualización RUT: 29/08/2019

Objeto del Contrato: Realizar el fortalecimiento y monitoreo a los proceso sancionatorio en el componente jurídico del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad como resultado de las acciones de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Casanare.

| | |
|---|---|
| Nombre del Proyecto de Inversión: Implementación de acciones de Inspección, Vigilancia y Control a cargo de la autoridad sanitaria para la garantía del derecho a la salud en el Departamento H_01BPIN079 Casanare. | Código BPIN: 2021005850053 |
| Plazo de Ejecución: (04) Cuatro Meses y Quince (15) días (incluir adicional, si aplica) | Meses Ejecutados: (01) Un Mes (incluir adicional, si aplica) |
| Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 03/08/2022 | Fecha de Terminación: 17/12/2022 (incluir adicional, si aplica) |

ESTADO FÍSICO:
Hasta la fecha 02/09/2022 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 22.22%, contra una programada de 100% del Total. (incluir adicional, si aplica)

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

| | |
|---|---|
| Valor Total del Contrato de prestación de servicios: | $19.792.080 |
| Valor Ejecutado a la fecha: | $4.398.240 |
| Saldo por facturar del Total del Contrato: | 15.393.840 |
| Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras) | $4.398.240,00 (CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE). |
| Saldo a favor del Departamento: | $0 |

Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato se pagará mediante cuatro (4) mensualidades vencidas cada una por valor de Cuatro Millones Trescientos Noventa y Ocho Mil Doscientos Cuarenta Pesos M/Cte ($4.398.240.00) y un último pago que corresponde a Quince (15) días por un valor de dos millones ciento noventa y nueve mil ciento veinte pesos (2.199.120,00) m/cte; 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 diecinueve millones setecientos noventa y dos mil ochenta pesos M/Cte (19.792.080,00).

El contratista deberá anexar a su informe un CD que evidencie el cumplimiento porcentual mensual a cobrar de las actividades realizadas.

| | |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|

VoBo.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 8.133308.19.19 03.0300.20210 05850053.0.2.3 .2.02.02.69 | 2202220 | 28/07/2022 | $19.792.080,00 |
| | Registro Presupuestal | 8.133308.19.19 03.0300.20210 05850053.0.2.3 .2.02.02.69 | 2201334 | 03/08/2022 | $19.792.080,00 |
| Contrato Adicional y/o Prórroga | Certificado de Disponibilidad Presupuestal | | | | |
| | Registro Presupuestal | | | | |
| | Plazo meses y/o días): # Meses y # días. | Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa | | Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa | |

**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 | 4459341561 | $1.759.296 | $220.000 | $220.000 | AGOSTO | SANITAS |
| PENSIÓN | 16 | 4459341561 | $1.759.296 | $281.500 | $281.500 | AGOSTO | PORVENIR |
| ARL | Nivel Riesgo: | No. Planilla: | Valor cancelado: | Entidad: | | | |
| | 1 | 4459341561 | $9.200 | POSITIVA | | | |

VoBo. _____

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

| Municipio | Base Retención de ICA | Porcentaje % |
|---|---|---|
| YOPAL | $4.398.240 | 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
Decreto No. 0074 del 27 de abril de 2021

SUPERVISOR

BALMES ENRIQUE TAMAYO RODRÍGUEZ
C.C. No. 19.409.573 de Bogotá
Asesor Oficina Jurídica SSD
Memorando de fecha 3 de agosto de 2022

Revisó: _____

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 24191755 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CRA 32 46 10 // 3203062630 | 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: | | | 44593415 61 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2022/09/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9991264487 |

### 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 | $ 281.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.500 | $ 0 | $ 281.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 281.500** | **$ 0** | **$ 281.500** |

### 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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 220.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 220.000 | $ 0 | $ 0 | $ 220.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 220.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 220.000** |

### 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 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.200** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | VALOR ADRES | 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 | | $ 1.759.296 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.759.296 | $ 281.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 281.500 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.759.296 | $ 220.000 | $ 0 | $ 220.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.759.296 | $ 24191755 | $ 9.200 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 510.700 |
|---|---|

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 | 1251 | 17 minutos de tiempo transcurrido *(5/09/2022 11:13:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 17 minutos de tiempo transcurrido *(5/09/2022 11:13:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 4.398.240 COP | Aceptada | Detalle |

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. EP.pdf | 1. EP.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 2. AS.pdf | 2. AS.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 3. FICHA DE CONTROL.pdf | 3. FICHA DE CONTROL.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 4. SOLICITUD CDP.pdf | 4. SOLICITUD CDP.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 5. CDP.pdf | 5. CDP.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 5. MATRIZ DE RIESGO.pdf | 5. MATRIZ DE RIESGO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 6. HOJA DE VIDA.pdf | 6. HOJA DE VIDA.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 7. IDONEIDAD.pdf | 7. IDONEIDAD.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 8. INVITACION SECOP.pdf | 8. INVITACION SECOP.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 9. CONTRATO.pdf | 9. CONTRATO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 11. ARL.pdf | 11. ARL.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 10. RP.pdf | 10. RP.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 12. SUPERVISOR.pdf | 12. SUPERVISOR.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 13. ACTA DE INICIO.pdf | 13. ACTA DE INICIO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BBVA
Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ, identificado(a) con cédula ciudadanía número 24.191.755 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 00130981000200311020 aperturada el 10 de diciembre de 2012, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **02** días del mes de **septiembre** del año **2022**.

---

Para BBVA es importante que estés enterado de cómo usar tu cuenta, ten presente que para otros trámites puedes utilizar las siguientes opciones.

**Cuenta de 16 dígitos: 0981000200311020** Transferencias nacionales y/o otros
**Cuenta de 20 dígitos: 00130981000200311020** Transferencias internacionales

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 | 24191755 | 2001-01-09 |

| 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 | 2008-03-01 | 4 7 7 3 | 2015-07-21 | | | | | |

### 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

Fecha generación documento PDF: 02-09-2022 04:56:59PM

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ, identificada con Cédula Ciudadanía No. 24191755 contratista de la empresa DEPARTAMENTO DEL CASANARE, con Nit No. 892099216. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 02/08/2022, para el contrato registrado con fecha desde 01/08/2022 y fecha hasta 16/12/2022, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20220101827104.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de agosto de 2022

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**