

**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, 10 de abril de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023
Numero Interno 010 de 2023-02-03

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NELSON ANDRES
SANTOYO SASTOQUE

No. de Identificación Tributaria- NIT1.019.006.510 DV -2

Objeto Contractual: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CALLE 30 No. 28 – 46 Yopal Casanare
Celular:	6355230
Duración Del Contrato:	CUATRO (04) MESES
Acta De Inicio:	06 de febrero de 2023
Periodo de Cobro:	06 de marzo de 2023 al 05 de abril de 2023
Número de periodo:	2 de 4
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare:	\$ 0


NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

*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.*

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA PARA NO SUJETOS PASIVOS DEL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS

Yopal, 10 días del mes de abril de 2023

Señores:

FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Nit. 901.252.840-1

Yopal, Casanare.

REF: NO SUJETO PASIVO DE AVISOS Y TABLEROS. ART 37 y 39 DEL ACUERDO MUNICIPAL No. 032 DE 2020

Marque con una X, la opción que aplique.

☒

PERSONA NATURAL

Yo, Nelson Andrés Santoyo Sastoqué, identificado con C.C. No. 1.019.006.510, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

☐

PERSONA JURÍDICA

Yo, _____ identificado (a) con C.C. No. _____, en calidad de representante legal de la empresa _____ identificado (a) con Nit No. _____, manifiesto que esta entidad **NO** es sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

Firma

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

C.C 1.019.006.510

CEL. 350 6328282

Contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03

Yopal, 10 de abril del 2023

Señores:

FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Contabilidad

Yopal

REF. Certificado de deducciones

Yo, **Nelson Andrés Santoyo Sastoque** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **1.019.006.510**, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE:**

- Mis ingresos percibidos por FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE en el año 2023, 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 ☒

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 06/03/2023 y el 05/04/2023, en los pagos que me realice el FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO 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 2022 (Hasta 100 UVT mensuales-\$4.241.200). Art 387 ET-DR 4713/05	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -\$ 678.592). 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 (\$1.357/184) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.656.267	THOMAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	12
1.013.274.651	MATHIAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	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 (\$13.444.604).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	
Aportes en cuentas AFC	

Y finalmente, informo que los servicios del contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03, fueron ejecutados en el municipio de Yopal, me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

NELSON ANDRÉS SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510

[Inicio](#) / Consulta Pago de Aportes

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1019006510

Número de planilla*

66861822

Valor Planilla*

514000

Periodo de pago salud*

Mes*

Marzo

Año*

2023

Fecha de pago de la planilla*

04/10/2023

Regresar

Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2023
Pension	Porvenir	Marzo - 2023
Salud	Sanitas EPS	Marzo - 2023

Verificada

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

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

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%	66861822	\$ 1.759.250	\$ 220.000	\$ 221.400	Marzo 2023	Sanitas
PENSIÓN	16%	66861822	\$ 1.759.250	\$ 281.500	\$ 283.300	Marzo 2023	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	I	66861822	\$ 7.800	Positiva			

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 presentan, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

SUPERVISOR

ARVEY MENDEZ ACOSTA

C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
R/L del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare -FGRDC-
Ordenanza No. 017 del 25 de noviembre de 2020

ARVEY MENDEZ ACOSTA

C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
Director Técnico de Gestión de Riesgos y Desastres del Departamento de Casanare
Decreto N° 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No. FGRDC-007-2023 del 03/02/2023
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:
Helen Myshel Velásquez Riaño
Profesional Contratada- FGRDC

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			CASANARE	YOPAL	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLAOS				
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66861922	1				
					TOTAL A PAGAR				
					\$514.000				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EPS005	Santas EPS	800251440-6	220.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		1.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	281.500	0	0	0	0	5	1.800	0	283.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200	No. Autorización	Valor	Sistemas	9.200	5	100	92	9.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LIMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	221.400
Pensión	1	281.500	283.300
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.700	514.000

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506228282
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
	UNICA	1-Independiente	CASANARE	YOPAL
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				SI
CORREO				andres.santoyo.sas@gmail.com

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2023-03	2023-03	1	10/04/2023	66661922
TOTAL A PAGAR				\$514.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante		Cotizadora		Cotizadora		Cód. AFP	IBS AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntari o Aportante	Fondo previsual de solidaridad	Fondo previsual de subsistencia	Cód. EPS	IBS EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBS ARL	Cotización	Código CCF	IBS CCF	Aporte CCF	IBS otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MGN	
				Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención																						Exención
1	CC	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA



430.10.300

**PAZ Y SALVO DE CUMPLIMIENTO
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FGRDC**

Fecha Radicado: 10 Abril 2023	
Contrato No. 007 de 2023. NI 010 2023	
Contratista: Nelson Andres Santoyo Sastoque.	
No tiene PQR y/o solicitudes VENCIDAS por resolver de acuerdo a la plataforma de correspondencia y matriz interna.	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Tatiana Ojeda
Se realizó Consulta de la Planilla de Pago de Salud y Pensión No. 66861822	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Helena Velasco
Correspondiente a: Marzo 2023 (Se anexa pantallazo de verificación)	
Se evidenció el cargue de los documentos pertenecientes a la ejecución del contrato, en la carpeta compartida de la red interna existente DGRD, correspondiente a los siguientes informes: Informe No. 2	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Tatiana Ojeda
PARA LA ÚLTIMA CUENTA DE COBRO Se verifica que el contratista no tiene pendientes y los elementos utilizados durante el desarrollo del contrato, se encuentran en buenas condiciones y se reciben a satisfacción.	Nombre y Firma de quien CERTIFICA:



VERIFICACIÓN PAGO ESTAMPILLAS

430.10.300

Consignación	Banco: B.B.V.A.	Tipo Cuenta: Ahorros	No. Cuenta: 981-564-339
Transferencia	No. Autorización/Comprobante: 00000	Vr. Consignado: \$0,00	Fecha: dd/mm/aaaa

ESTAMPILLA PRO. UNITROPICO 0.65%	☒	N/A	Fecha: 21 Mar 2023
Sec. Hacienda	No.: f6ee42c7-7491-4b3c-8494-9dac0a9b3541	Fecha: 21 Mar 2023	
☒ LIQUIDACION	Vr. Estampillas: \$41.589,00		
Consignación	Banco: BOGOTA	Tipo Cuenta: Ahorros	No. Cuenta: 646-768-259
Transferencia	No. Autorización/Comprobante: 104962051-5	Vr. Consignado: \$41.589,00	Fecha: 21 Mar 2023

4. CERTIFICADOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL. (Anexar certificados del sistema de seguridad social)

Concepto	TARIFA	☒ CERTIFICADO	ENTIDAD	PERIODO/ESTA	FECHA
SALUD	12.5%	NUEVA EPS 27/03-2023	NUEVA EPS	AFILIACION	17 MAR 2023
PENSIÓN	16%	23117052	PORVENIR	AFILIACION	09 MAR 2023

Concepto	NIVEL	☒ CERTIFICADO	ENTIDAD	INICIO DE	FECHA
ARL	III - 2.436%	202301013473565	POSITIVA S.A.	COBERTURA	21 MAR 2023

OBSERVACIONES:

- Verificación para trámite de Acta de Inicio.
- Para el primer cobro, deben adjuntar Nota Crédito generada por la Secretaría de Hacienda Departamental.

Verificó: DIANA MARCELA DAZA ZEA
Profesional Contrataada FGRCDC

Proyecto: HELEN MYSHEL VELASQUEZ RIANO
Profesional de Apoyo Contratada FGRCDC

Ciudad y Fecha: Yopal, 10/04/2023		Número y fecha del Contrato: No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03	
CPSP ☒ CPSAG ☐	Periodo de pago: DE 06/03/2023 A: 05/04/2023	Informe No. 2 de 4	
UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE			
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.			
Nombres y Apellidos del Contratista: NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE No. de Identificación: 1019006510 DV- 2			
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: 01/02/2023			
Objeto del Contrato: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE			
Nombre del Proyecto de Inversión:		Código BPIN:	
Plazo de Ejecución: (4) cuatro Meses.		Meses Ejecutados: dos (2) Meses	
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 06/02/2023		Fecha de Terminación: 05/06/2023	
ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 05/04/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 50.%, contra una programada de 100%.del Total			
A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)			
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:		\$ 17.592.960	
Valor Ejecutado a la fecha:		\$ 8.796.480	
Saldo por facturar del Total del Contrato:		\$ 8.796.480	
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)		CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240)	
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:		\$ 0	
El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera:			
TRES (3) mensualidades vencidas a razón de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240) cada una, previa presentación del informe de actividades mensual aprobado por el supervisor, acreditar los pagos al sistema de seguridad social, de conformidad con las normas que rigen la materia, y un (1) pago final por un valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240), una vez presentado el informe final de actividades desarrolladas, aprobado por el supervisor, presentación del paz y salvo de cumplimiento y acreditar los pagos al sistema de seguridad social de conformidad con las normas que rigen la materia.			
Cuenta bancaria autorizada para Giro:		Tipo: AHORROS	
		No. 29988912563	
		BANCOLOMBIA	

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

	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
Contrato Inicial	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230011	02/02/2023	\$ 17.592.960
	Registro Presupuestal	X.45.4503.1001.20200 05850060.0.121000.2. 3.2.02.02.009.49	230008	03/02/2023	\$ 17.592.960
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)

	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura 1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	23003728	NC	NC
	Fecha	10/02/2023		
	Valor	\$ 175.900		
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%	66861822	\$ 1.759.250	\$ 220.000	\$ 221.400	Marzo 2023	Sanitas
PENSIÓN	16%	66861822	\$ 1.759.250	\$ 281.500	\$ 283.300	Marzo 2023	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	I	66861822	\$ 9.300	Positiva			

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 presentan, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA



ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
R/L del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare -FGRDC-
Ordenanza No. 017 del 25 de noviembre de 2020

SUPERVISOR



ARVEY MENDEZ ACOSTA
C.C.No.7.366.738 de Paz de Ariporo
Director Técnico de Gestión de Riesgos y Desastres del Departamento de Casanare
Decreto N° 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:



Helen Mysbel Velasquez Riaño
Profesional Contratada- FGRDC

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

NO RESPONSABLES DE IVA

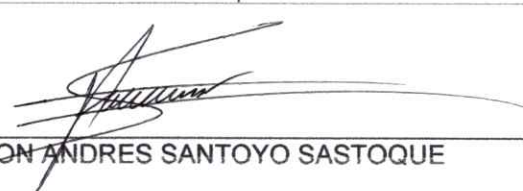
Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T., Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12 Decreto
Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 10 de abril de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023
Numero Interno 010 de 2023-02-03

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NELSON ANDRES
SANTOYO SASTOQUE

No. de Identificación Tributaria- NIT1.019.006.510 DV -2

Objeto Contractual: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURRENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CALLE 30 No. 28 – 46 Yopal Casanare
Celular:	6355230
Duración Del Contrato:	CUATRO (04) MESES
Acta De Inicio:	06 de febrero de 2023
Periodo de Cobro:	06 de marzo de 2023 al 05 de abril de 2023
Número de periodo:	2 de 4
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 17.592.960
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 8.796.480
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 8.796.480
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare:	\$ 0


NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

*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.*

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA PARA NO SUJETOS PASIVOS DEL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS

Yopal, 10 días del mes de abril de 2023

Señores:

FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Nit. 901.252.840-1

Yopal, Casanare.

REF: NO SUJETO PASIVO DE AVISOS Y TABLEROS. ART 37 y 39 DEL ACUERDO MUNICIPAL No. 032 DE 2020

Marque con una X, la opción que aplique.

☒

PERSONA NATURAL

Yo, Nelson Andrés Santoyo Sastoque, identificado con C.C. No. 1.019.006.510, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

☐

PERSONA JURÍDICA

Yo, _____ identificado (a) con C.C. No. _____, en calidad derepresentante legal de la empresa _____ identificado (a) con Nit No. _____, manifiesto que esta entidad **NO** es sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

Firma

NELSON ANDRÉS SANTOYO SASTOQUE

C.C 1.019.006.510

CEL. 350 6328282

Contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03

Yopal, 10 de abril del 2023

Señores:

FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

Contabilidad

Yopal

REF. Certificado de deducciones

Yo, **Nelson Andrés Santoyo Sastoque** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **1.019.006.510**, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE:**

- Mis ingresos percibidos por **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE** en el año 2023, 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** ☒

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 06/03/2023 y el 05/04/2023, en los pagos que me realice el **FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO 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 2022 (Hasta 100 UVT mensuales-\$4.241.200). Art 387 ET-DR 4713/05	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -\$ 678.592). 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 (\$1.357.184) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.656.267	THOMAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	12
1.013.274.651	MATHIAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	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 (\$13.444.604).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	
Aportes en cuentas AFC	

Y finalmente, informo que los servicios del contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03, fueron ejecutados en el municipio de Yopal, me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C 1.019.006.510

[Inicio](#) / Consulta Pago de Aportes

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1019006510

Número de planilla*

66861822

Valor Planilla*

514000

Periodo de pago salud*

Mes*

Marzo

Año*

2023

Fecha de pago de la planilla*

04/10/2023

Regresar

Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Marzo - 2023
Pension	Porvenir	Marzo - 2023
Salud	Sanitas EPS	Marzo - 2023

Verificada



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

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

Ciudad y Fecha: Yopal, 10/04/2023		Número y fecha del Contrato: No SECOP II FGRDC-CDCPS-007-2023 Numero Interno 010 de 2023-02-03	
CPSD ☒ CPSAG ☐	Periodo de pago: DE 06/03/2023 A: 05/04/2023	Informe No. 2 de 4	
UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE			
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.			
Nombres y Apellidos del Contratista: NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE		No. de Identificación: 1019006510	DV- 2
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: 01/02/2023			
Objeto del Contrato: REALIZAR EL CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA HUMANITARIA DE MINIMO 300 FAMILIAS DAMNIFICADAS POR LA OCURENCIA DE EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE			
Nombre del Proyecto de Inversión:		Código BPIN:	
Plazo de Ejecución: (4) cuatro Meses.		Meses Ejecutados: dos (2) Meses	
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 06/02/2023		Fecha de Terminación: 05/06/2023	
ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 05/04/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 50.%, contra una programada de 100%.del Total			
A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)			
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:		\$ 17.592.960	
Valor Ejecutado a la fecha:		\$ 8.769.480 8.796.480	
Saldo por facturar del Total del Contrato:		\$ 8.769.480 8.796.480	
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP I (Valor en número y letras)		CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240)	
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:		\$ 0	
El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera: TRES (3) mensualidades vencidas a razón de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240) cada una, previa presentación del informe de actividades mensual aprobado por el supervisor, acreditar los pagos al sistema de seguridad social, de conformidad con las normas que rigen la materia, y un (1) pago final por un valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE. (\$4.398.240), una vez presentado el informe final de actividades desarrolladas, aprobado por el supervisor, presentación del paz y salvo de cumplimiento y acreditar los pagos al sistema de seguridad social de conformidad con las normas que rigen la materia.			
Cuenta bancaria autorizada para Giro:		Tipo: AHORROS	
		No. 29988912563	
		BANCOLOMBIA	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					
UNICA	I - Independiente		CASANARE	TOPAL		SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIÓN)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSIÓN)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	1	10/04/2023	66861822	\$514.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
EPS005	Santitas EPS	800251440-5	220.000	0	0	0	0	0	0
					5		1.400		0
									221.400
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado		Aporte Voluntario Aportante		Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia
				0	0	0	0		
230301	Provenir	800224808-5	281.500	0	0	0	0	5	1.800
									0
									283.300
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto Cotización	Días
				No. Autorización	Valor	Sistemas	9.200		
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				5	100	9.300
									9.300
									92
									9.300
									1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPY y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	220.000	221.400	
Pension	1	281.500	283.300	
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	510.700	514.000	

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPL/ACOS
					UFC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				0
2023-03	2023-03	1	10/04/2023	66861822	TOTAL A PAGAR
					\$514.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información