Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

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, 02 de marzo de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023
Numero Interno 006 Fecha del Contrato: 26/01/2023

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES No. de Identificación Tributaria- NIT46379265 DV -1

Objeto Contractual: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASESOR EN EL COMPONENTE JURIDICO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACION, VERIFICACION Y PROYECCION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS, QUE TIENE A CARGO EL FONDO GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CARRERA 12 N° 12 – 24 Aguazul- Casanare
Celular:	3134789622
Duración Del Contrato:	DIEZ (10) MESES
Acta De Inicio:	27 de enero de 2023
Periodo de Cobro:	27/01/2023 AL 26/02/2023
Número de periodo:	1 DE10
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 69.000.000.oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 6.900.000,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 62.100.000.00
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000, oo).
Saldo a favor del FGRDC:	$ 00

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.

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

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

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

Ciudad y Fecha: Yopal, 02/03/2023	Número y fecha del Contrato: SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26
CPSP ☒ CPSAG ☐	Periodo de pago: DE 27/01/2023 A: 26/02/2023 Informe No. 1 de 10

UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: **INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES** No. de Identificación: **46.379.265** DV- **1**

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: 20/05/2019

Objeto del Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASESOR EN EL COMPONENTE JURIDICO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACION, VERIFICACION Y PROYECCION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS, QUE TIENE A CARGO EL FONDO GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Nombre del Proyecto de Inversión: N/A	Código BPIN: N/A
Plazo de Ejecución: (10) Diez Meses.	Meses Ejecutados: Uno (01) Mes
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 27/01/2023	Fecha de Terminación: 26/10/2023

ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 26/02/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 10 %, contra una programada de 100%.del Total

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

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 69.000.000,oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 6.900.000,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 62.100.000.oo
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:	$ 0
Forma de Pago: El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera: Nueve (9) mensualidades vencidas a razón de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo), 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 SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo), 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. 0077206530 Entidad Financiera: Banco BBVA

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.R.1210001.2.1.2.02.02.008.54	230006	26/01/2023	$69.000.000,oo
	Registro Presupuestal	X.R.1210001.2.1.2.02.02.008.54	230004	26/01/2023	$69.000.000,oo
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)

VoBo.

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 Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	23001925	23001927	23001926
	Fecha	30/01/2023	30/01/2023	30/01/2023
	Valor	$690.000.00	$2.070.000.00	$690.000.00
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	4487979751	$ 2.026.000.00	$ 253.300.00	$ 257.500.00	ENERO	SANITAS
PENSIÓN	16	4487979751	$ 2.026.000.00	$ 324.200.00	$ 329.600.00	ENERO	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	4487979751	$ 10.800.00	POSITIVA			

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$ 6.900.000.00	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

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 Nº 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No 006 de 2023-01-26
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:
Helen M. Velasquez Riaño
Profesional Contratada FGRDC

VoBo.

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

Yopal, 02 de Febrero 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.

[X] **PERSONA NATURAL**

Yo, Ingrith Tatiana Mendoza Morales identificado (a) con C.C. No.46.379.265 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 enconsideración a lo señalado en el A**rtículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

FIRMA

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES
C.C No. 46379265
Teléfono 313.4789622
Contrato: SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26

Yopal,02de febrero del 2023

Señores
FONDO DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 46.379.265, 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 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 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 27/01/2023 y el 26/02/2023, en los pagos que me realice el FGRDC 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
1.025.462.183	GABRIELA	MESA	MENDOZA	HIJA	15

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 ($13.444.604.00).

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

Y finalmente, informo que los servicios del contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26, fueron ejecutados en el municipio de Yopal y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES
C.C 46.379.265

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46379265
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			INGITH TATIANAN MENDOZA MORALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 12 N 12 24	TELÉFONO:	3000000
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:		4487979751	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993449482

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	$ 324.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 0	$ 324.200	$ 5.400	$ 329.600
SUBTOTALES:										**$ 324.200**	**$ 5.400**	**$ 329.600**

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	$ 253.300	$ 0	$ 4.200	$ 0	$ 253.300	$ 4.200	$ 0	$ 257.500
SUBTOTALES:													**$ 253.300**	**$ 4.200**	**$ 0**	**$ 257.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 10.600	$ 10.600	$ 200	$ 0	$ 10.800
SUBTOTALES:									**$ 10,600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 10,800**

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	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46379265	MENDOZA MORALES INGRITH TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.026.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.026.000	$ 324.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 324.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.026.000	$ 253.300	$ 0	$ 253.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.026.000	46379265	$ 10.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 597.900

Planilla Pagada

GOBERNACION DE CASANARE
SECRETARIA DE HACIENDA
DIRECCION TECNICA DE TESORERIA

TIPO DCTO: NC
NUMERO: 23001927

FECHA BANCO: 27-ENE-2023

FECHA REG.LIBRO: 30-ENE-2023

TERCERO: 46379265 INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

VALOR: DOS MILLONES SETENTA MIL PESOS M/CTE ----------

CONCEPTO: ESTAMPILLA ADULTO MAYOR. CONTRATO N° 0006 DE 2023. ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DE GESTION DEL RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE. CONTRATISTA: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES.

	MOVIMIENTO PRESUPUESTAL MOVIMIENTO CONTABLE	
111006002023	2,070,000.00	
130588002		2,070,000.00

GOBERNACION DE CASANARE
SECRETARIA DE HACIENDA
DIRECCION TECNICA DE TESORERIA

TIPO DCTO: NC
NUMERO: 23001926

FECHA BANCO: 27-ENE-2023

FECHA REG.LIBRO: 30-ENE-2023

TERCERO: 46379265 INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

VALOR: SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ----------

CONCEPTO: ESTAMPILLA PRODESARROLLO. CONTRATO N° 0006 DE 2023. ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DE GESTION DEL RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE. CONTRATISTA: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES.

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL
MOVIMIENTO CONTABLE

111006002022	690,000.00	
130588003		690,000.00

GOBERNACION DE CASANARE
SECRETARIA DE HACIENDA
DIRECCION TECNICA DE TESORERIA

TIPO DCTO: NC
NUMERO: 23001925

FECHA BANCO: 27-ENE-2023

FECHA REG.LIBRO: 30-ENE-2023

TERCERO: 46379265 INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES

VALOR: SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ----------

CONCEPTO: ESTAMPILLA PROCULTURA. CONTRATO N° 0006 DE 2023. ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DE GESTION DEL RIESGO DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE. CONTRATISTA: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES.

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL
MOVIMIENTO CONTABLE

111006002004	690,000.00	
130588001		690,000.00

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que INGITH TATIANAN con documento CEDULA DE CIUDADANIA 46379265, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES con documento CC 46379265, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4487979751	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ENERO/2023	Periodo Cotización Salud	ENERO/2023
Fecha Pago	2023/03/01	Número de Autorización	9993449482

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

Verificada

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

430.10.300

PAZ Y SALVO DE CUMPLIMIENTO
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FGRDC

Fecha Radicado: 02 – Marzo - 2023	
Contrato No. Secop II Cto 006 - 2023	
Contratista: Tatiana Mendoza.	
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 B
Se realizó Consulta de la Planilla de Pago de Salud y Pensión No. 44879797531. Correspondiente a: Enero 2023. ***(Se anexa pantallazo de verificación)***	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Helen Velasquez
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:	Nombre y Firma de quien CERTIFICA: Tatiana Ojeda B
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:

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, 02 de marzo de 2023 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023
Numero Interno 006 Fecha del Contrato: 26/01/2023

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES No. de Identificación Tributaria- NIT46379265 DV -1

Objeto Contractual: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASESOR EN EL COMPONENTE JURIDICO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACION, VERIFICACION Y PROYECCION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS, QUE TIENE A CARGO EL FONDO GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	CARRERA 12 N° 12 – 24 Aguazul- Casanare
Celular:	3134789622
Duración Del Contrato:	DIEZ (10) MESES
Acta De Inicio:	27 de enero de 2023
Periodo de Cobro:	27/01/2023 AL 26/02/2023
Número de periodo:	1 DE10
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 69.000.000.oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 6.900.000,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 62.100.000.00
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000, oo).
Saldo a favor del FGRDC:	$ 00

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.

Gobernación de Casanare
NIT: 892099216-6

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

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

Ciudad y Fecha: Yopal, 02/03/2023	Número y fecha del Contrato: SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26
CPSP ☒ CPSAG ☐	Periodo de pago: DE 27/01/2023 A: 26/02/2023 Informe No. 1 de 10

UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES DE CASANARE

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: **INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES** No. de Identificación: **46.379.265** DV- **1**

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: 20/05/2019

Objeto del Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ASESOR EN EL COMPONENTE JURIDICO PARA LOS PROCESOS DE CONTRATACION, VERIFICACION Y PROYECCION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS, QUE TIENE A CARGO EL FONDO GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Nombre del Proyecto de Inversión: N/A	Código BPIN: N/A
Plazo de Ejecución: (10) Diez Meses.	Meses Ejecutados: Uno (01) Mes
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 27/01/2023	Fecha de Terminación: 26/10/2023

ESTADO FÍSICO : Hasta la fecha 26/02/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 10 %, contra una programada de 100%.del Total

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

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 69.000.000,oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 6.900.000,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 62.100.000.oo
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:	$ 0

Forma de Pago: El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera: Nueve (9) mensualidades vencidas a razón de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo), 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 SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.900.000,oo), 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. 0077206530
	Entidad Financiera: Banco BBVA

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.R.1210001.2.1.2.02.02.008.54	230006	26/01/2023	$69.000.000,oo
	Registro Presupuestal	X.R.1210001.2.1.2.02.02.008.54	230004	26/01/2023	$69.000.000,oo
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)

VoBo. _____

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 Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	23001925	23001927	23001926
	Fecha	30/01/2023	30/01/2023	30/01/2023
	Valor	$690.000.00	$2.070.000.00	$690.000.00
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	4487979751	$ 2.026.000.00	$ 253.300.00	$ 257.500.00	ENERO	SANITAS
PENSIÓN	16	4487979751	$ 2.026.000.00	$ 324.200.00	$ 329.600.00	ENERO	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	4487979751	$ 10.800.00	POSITIVA			

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$ 6.900.000.00	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

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 Nº 0140 del 24/06/2022
Contrato Objeto de Supervisión No 006 de 2023-01-26
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:
Helen M. Velásquez Riaño
Profesional Contratada FGRDC

VoBo.

Yopal,02de febrero del 2023

Señores
FONDO DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 46.379.265, 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 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 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 27/01/2023 y el 26/02/2023, en los pagos que me realice el FGRDC 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
1.025.462.183	GABRIELA	MESA	MENDOZA	HIJA	15

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 ($13.444.604.00).

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

Y finalmente, informo que los servicios del contrato SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26, fueron ejecutados en el municipio de Yopal y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES
C.C 46.379.265

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

Yopal, 02 de Febrero 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.

[X] **PERSONA NATURAL**

Yo, Ingrith Tatiana Mendoza Morales identificado (a) con C.C. No.46.379.265 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 enconsideración a lo señalado en el A**rtículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de Diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

FIRMA

INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES
C.C No. 46379265
Teléfono 313.4789622
Contrato: SECOP II FGRDC-CDCPS-004-2023 Numero Interno 006 de 2023-01-26

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46379265
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			INGITH TATIANAN MENDOZA MORALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 12 N 12 24	TELÉFONO:	3000000
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:			4487979751	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			14		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/03/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993449482

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	$ 324.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 0	$ 324.200	$ 5.400	$ 329.600
SUBTOTALES:										**$ 324.200**	**$ 5.400**	**$ 329.600**

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	$ 253.300	$ 0	$ 4.200	$ 0	$ 253.300	$ 4.200	$ 0	$ 257.500
SUBTOTALES:													**$ 253.300**	**$ 4.200**	**$ 0**	**$ 257.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 10.600	$ 10.600	$ 200	$ 0	$ 10.800
SUBTOTALES:									**$ 10.600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 10.800**

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	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD							ARP																							
																											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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46379265	MENDOZA MORALES INGRITH TATIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.026.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.026.000	$ 324.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 324.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.026.000	$ 253.300	$ 0	$ 253.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.026.000	$ 46379265	$ 10.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 597.900

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que INGITH TATIANAN con documento CEDULA DE CIUDADÀNIA 46379265, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) INGRITH TATIANA MENDOZA MORALES con documento CC 46379265, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4487979751	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ENERO/2023	Periodo Cotización Salud	ENERO/2023
Fecha Pago	2023/03/01	Número de Autorización	9993449482

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

Planilla Pagada

Verificado