| | | | |
|---|---|---|---|
| enterritorio | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO** | CÓDIGO: | **F-FI-06** |
| | | VERSIÓN | **3** |
| | | VIGENCI | **2023-04-28** |
| | **GESTIÓN FINANCIERA** | CLASIFIC | **IPC** |

**Radicado No.**

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: CARLOS ANDRÉS LÓPEZ SALAZAR

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** NIT [ ] CC [X] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 1.053.830.162 **DV** 3

**MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN** [ ]

**TELÉFONO:** 3104176184 **CORREO ELECTRÓNICO** candres_93@hotmail.com

**FUNCIONAMIENTO** [ ] **CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** [ ] **SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS** [ ]

**No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** 215082 **No. CONTRATO** 2220584 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

**No. PROCESO CONTRACTUAL** 2742866

| VALOR PRESENTE DESEMBOLSO | |
|---|---|
| VALOR FIJO $ | 3.529.411 |
| VALOR VARIABLE $ (SI APLICA) | |

**FACTURA No.** **CUENTA DE COBRO** [X] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

**ANTICIPO:** SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**

**RETEGARANTIA:** SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

**AMORTIZA:** SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

## 2, PERIODO DE COBRO

| INICIO | FIN | DESEMBOLSO Nº | VALOR BRUTO $ |
|---|---|---|---|
| 1/12/2023 | 31/12/2023 | 22 | 3.529.411 |

**APRUEBA - INTERVENTOR** 0 **VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio**

**FIRMA:**

**NIT / C.C.:** **52214108**

**NOMBRE:** **JHOVANA ROJAS CARDONA**

**OBSERVACIONES: el pago será efectivo cuando se haga entrega del informe definitivo y el soporte de pago de planilla de seguridad social del mes de diciembre y sea autorizado por el supervisor**

PLANILLA 72720378 FECHA 28/11/2023 SALUD $ 250.000 PENSION $ 320.000 ARL $10.500

Afectar presupuestalmente RP RP2023-006410

**AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO** (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio es el Gerente del contrato interadministrativo)

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS**

**ORDENADOR DEL GASTO**

**(NO APLICA PARA CONTRATOS)**

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS**

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS**

**AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO**

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio.

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| a. | **Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad. |
| b. | **Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad. |
| c. | **Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo. |
| d. | **Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen** |
| e. | **Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica. |
| f. | **Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico. |
| g. | **Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR)) |
| h. | **Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta. |
| i. | **No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II). |
| j. | **Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco. |
| k. | **Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que esta tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente. |
| l. | **Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que esta tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente. |
| m. | **Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco. |
| n. | **Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento. |
| o. | **Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo. |
| p. | **Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente. |
| q. | **Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos. |

| | |
|---|---|
| r. | **Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente. |
| s. | **Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco). |
| t. | **Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor. |

**2, PERIODO DE COBRO**

| | |
|---|---|
| a. | **Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes |
| b. | **Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes |
| c. | **Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar |
| d. | **Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar |

**3. APROBACIONES**

| | |
|---|---|
| a. | **Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre. |
| b. | **Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS). |
| c. | **Verifica Supervisor ENTerritorio (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el segumiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio. |
| d. | **Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio y autoriza el pago. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| enterritorio | **MODELO CUENTA DE COBRO** | CÓDIGO: | **F-FI-10** |
| | | VERSIÓN: | **03** |
| | | VIGENCIA: | **2023-04-28** |
| | **GESTIÓN FINANCIERA** | CLASIFICACIÓ | **IPC** |

**Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio**
**NIT 899.999.316-1**

**DEBE A:**

NOMBRE: **CARLOS ANDRÉS LÓPEZ SALAZAR**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **1.053.830.162** DV **3** DE **MANIZALES**

**LA SUMA DE:**

(LETRAS) **TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS**

(NUMEROS) $ **3.529.411,00**

**POR CONCEPTO DE:**

CONTRATO No. **2220584** DESEMBOLSO No. **21** DE **21**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES (PFET) DEL DNP, EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA LA PROVISIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA OPERATIVA EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA DE LOS MUNICIPIOS OBJETO DE PILOTAJE DEL MODELO DE GESTIÓN TERRITORIAL (MGT)EN EL MARCO DEL COMPONENTE 3 DEL PROYECTO**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **1/12/23** y **31/12/23**

FECHA: 11/12/23

DIRECCIÓN: **AV 19 # 7B 19**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **SAN JOSÉ**

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): **6910**

TELÉFONO **3104176184**

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [ ] NO [X]

En el ejercicio de mi actividad he vinculado o contratado. (Marque una sola opción)

| | |
|---|---|
| Ningún o un (1) trabajador asociado a mi actividad | X |
| Dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad | |

**Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:**

| | |
|---|---|
| Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud | |
| Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC) | |
| Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda | |
| Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral. | X |
| Declaración juramentada de dependencia económica | |

**Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de** $600,000

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | | | | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | , PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC | RC | TI | CE | | |
| MARTIN LÓPEZ RAMIREZ | | | X | | 1056131353 | HIJO |
| | | | | | | |

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

FIRMA

* Ver aviso de privacidad para recolección de datos al respaldo de este documento

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO**

Señor beneficiario diligencie el presente formato, junto con las respectivas firmas. ENTerritorio realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la centa de cobro en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio.

| | |
|---|---|
| a. | **Nombre:** se debe consignar los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. |
| b. | **Identificacion:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadania. |
| c. | **Letras:** Diligenciar con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica) |
| d. | **Números:** Diligenciar el valor total a cobrar de acuerdo a lo establecido en el contrato firmado con ENTerritorio (sumatoria del valor fijo y variable - si aplica) |
| e. | **Contrato:** Escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato |
| f. | **Objeto:** Diligenciar el objeto registrato en el memorando de solicitud de contratacion, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato |
| g. | **Periodo Comprendido Entre:** Se diligencia el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente |
| h. | **Fecha:** Diligenciar la fecha del dia que se radica la cuenta de cobro |
| i. | **Dirección:** residencia del contratista |
| j. | **Ciudad:** municipio y/o ciudad donde se presta el servicio |
| k. | **CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO:** Inicar el codigo CIIU de la actividad economica |
| l. | **Telefono:** fijo o numero de celular |
| m. | **Soy declarante de renta:** Indicar si declara impuesto de renta y complementarios. |
| n. | **En el ejercicio de mi actividad he vinculado o contratado:** Maque la cantidad de personas viculadas para el ejercicio de la actividad. |
| ñ | **Beneficios tributarios:** Indicar con una x a que beneficios tributarios desea acceder. |

**AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

Manizales, Caldas 11 de diciembre de 2023

Señores

Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial – ENTerritorio

Dirección Financiera

Calle 26 No 13-19

Ciudad

Asunto: Solicitud Deducción de Aportes Obligatorios al Sistema General de Seguridad Social

Yo CARLOS ANDRÉS LÓPEZ SALAZAR identificado con CC No. 1.053.830.162 expedida en Manizales, Caldas. De conformidad con lo establecido en el parágrafo 1° del Articulo 4 del decreto 2271 del 18 de junio de 2009 y con el fin de disminuir mi base de retención en la fuente, declaro bajo la gravedad de juramento que los documentos que presento como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social del mes de diciembre de 2023 son verídicos y corresponden a los ingresos provenientes del Contrato No. 2220584 suscrito con la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial – ENTerritorio y que estos no han sido, ni serán presentado a otra entidad para los fines previstos en el decreto en mención.

Cordialmente,



CARLOS ANDRÉS LÓPEZ SALAZAR

CC. 1.053.830.162 DE MANIZALES, CALDAS

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1053830162 | CARLOS ANDRES LOPEZ SALAZAR | avenida 19 7b 19 | 3104176184 | candres_93@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CALDAS | MANIZALES | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 28/11/2023 | 72720378 | $580.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 250.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 250.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 320.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 10.500 | | | | 10.500 | 0 | 0 | 10.500 | | | 105 | 10.500 | 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. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 250.000 | 250.000 |
| Pensión | 1 | 320.000 | 320.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 10.500 | 10.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 580.500 | 580.500 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1053830162 | CARLOS ANDRES LOPEZ SALAZAR | | avenida 19 7b 19 | 3104176184 | candres_93@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CALDAS | MANIZALES | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 28/11/2023 | 72720378 | $580.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1053830162 | LOPEZ SALAZAR CARLOS ANDRES | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.000.000 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 2.000.000 | 250.000 | 14-23 | 2.000.000 | 1 | 10.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DERIVADO DNP-OR-060-2015 / 215082 – FONADE**
**PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –CRÉDITO 8320-CO**

# INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | Carlos Andrés López Salazar |
| **No del contrato:** | 2220584 |
| **Informe correspondiente al período:** | 01/12/2023 a 31/12/2023 |
| **Supervisor del contrato:** | Jhovana Rojas Cardona |

**OBJETO CONTRATO:**

Prestar servicios profesionales al proyecto fortalecimiento de las entidades territoriales (PFET) del DNP, en las acciones y actividades para la provisión de asistencia técnica operativa en las áreas de gestión financiera y tributaria de los municipios objeto de pilotaje del modelo de gestión territorial (MGT) en el marco componente 3 del proyecto.

**CONTENIDO GENERAL DEL INFORME:**

La gestión adelantada durante este periodo realizando actividades para desarrollar el objeto del Contrato fue la siguiente:

| Actividad | Desarrollo |
|---|---|
| **1.** Apoyar al DNP como interlocutor operativo para emprender el esquema de asistencia técnica integral en el municipio designado, articulándose con el esquema operativo del piloto de MGT en gestión financiera y tributaria. | SAN JOSÉ- CALDAS.<br><br>Se realizan todos los informes en relación al cierre de año, como queda el software ante el municipio en ajustes pendientes y realizados, además de la recopilación individual de cada funcionario que participio activamente en uso del sistema. |
| **2.** Realizar un inventario de la información existente en el municipio designado, en materia financiera y<br>de recaudo, identificando el estado de la misma, así como la existencia de demandas, fallos o procesos judiciales en contra la entidad territorial, relacionados con los impuestos, tasas y/o contribuciones establecidas por esta y que puedan impactar el piloto del MGT. | San José<br><br>Según el tiempo establecido en el municipio y los hallazgos encontrados se encuentra que:<br><br>La entidad cuenta actualmente con el proveedor software SIIWEB con módulos de Tesorería, Presupuesto, contabilidad, predial, Nómina y almacén<br><br>Actualmente el municipio no cuenta con demandas, fallos o procesos judiciales en contra la entidad territorial, relacionados con los impuestos, tasas y/o contribuciones establecidas por esta y que puedan impactar el piloto del MGT.<br>Los ingresos tributarios provienen en su mayoría de Industria y Comercio con (39%), impuesto predial unificado (34%), Estampillas (13%) y sobretasa ambiental (8%).<br>El área de almacén es manejada desde la Secretaria de planeación y obras públicas, en la cual se plantea desde la misma entidad una organización ya que no cuentan con información en el software actual |

**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DERIVADO DNP-OR-060-2015 / 215082 – FONADE**
**PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –CRÉDITO 8320-CO**

# INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| **3.** Apoyar al municipio designado en las acciones de organización de la información presupuestal y tributaria, identificando los puntos de mejora en aspectos documentales, de proceso o procedimiento, en el marco del Piloto MGT. | San José:<br><br>- Durante este mes se apoyó al municipio en actividades destinadas al aprendizaje y mejoras del manejo del software.<br><br>- Se realiza una última recopilación de los ajustes cargados en la mesa de ayuda, de cuales quedaron al día y cuales se quedaron sin solución<br><br>- Se realiza último reporte del mes de diciembre en relación a la implementación del sistema en municipio<br><br>-Se estableció según las charlas con la Secretaria de Haciendo los últimos ajustes al manual de cartera<br><br>-se deja constancia de las caídas del sistema presentadas durante el mes<br><br>- Se Recolecta la experiencia de cada funcionario que participó activamente en el uso de la herramienta SIIWEB |
| **4.** Apoyar al municipio designado en el desarrollo de acciones asociadas al Marco Fiscal de Mediano Plazo, Plan Anualizado de Caja, Plan Operativo Anual de Inversión y demás instrumentos de programaciónfinanciera del municipio, en el marco del Piloto MGT. | Durante Este período no se desarrollaron acciones relacionadas al cumplimiento de esta actividad. |
| **5.** Apoyar al municipio designado en el desarrollo de acciones asociadas al recaudo de los tributos y para optimizar los procedimientos e instrumentos, en el marco del Piloto MGT. | Durante Este período no se desarrollaron acciones relacionadas al cumplimiento de esta actividad. |
| **6.** Apoyar al municipio designado en las acciones relacionadas con la homologación de cuentas contables y presupuestales, contemplando los aspectos fijados en el FUT (Formulario Único Territorial) y el CCPET (Catalogo de Clasificación Presupuestal para las Entidades Territoriales). | Durante Este período no se desarrollaron acciones relacionadas al cumplimiento de esta actividad. |

**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DERIVADO DNP-OR-060-2015 / 215082 – FONADE**
**PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –CRÉDITO 8320-CO**

# INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| **7.** Realizar los informes que se requieran desde del DNP, en donde se detalle el nivel de avance de la estrategia en el municipio designado, detallando aspectos, como usabilidad de la herramienta (servicio de software), principales ventajas, lecciones aprendidas y puntos de mejora en el marco de la fase de implantación y operación de la misma. | Se realiza el formato de seguimiento a los municipios de San José. |
| **8.** Diligenciar y presentar los instrumentos y/o documentos requeridos por el DNP que permitan identificar información relevante para el diseño del Programa Opción Colombia 2.0. | Se realizó el Plan de Trabajo del municipio de San José Caldas solicitados por el supervisor de acuerdo al modelo e hitos establecidos, el tiempo de ejecución y cumplimiento de los mismos, Se realiza documento de lecciones profesionales |
| **9.** Registrar y actualizar el avance de las actividades e hitos relacionados con el desarrollo de la estrategia de asistencia técnica operativa en territorio, en la herramienta SETA o en la que indique el DNP en el marco del Piloto MGT. | Se diligencia y actualiza la información de los hitos en la plataforma SETA |
| **10.** Asistir a reuniones, capacitaciones y demás eventos desarrollados en el marco de las estrategias de asistencia técnica y del Piloto MGT, de acuerdo con lo que determine el supervisor. | Se asistió a todas las reuniones programadas |
| **11.** Realizar los viajes y desplazamientos nacionales que se requieran para el cumplimiento del objeto del Contrato, conforme solicitud del supervisor. | Durante Este período no se realizaron desplazamientos |
| **12.** Apoyar al DNP en las actividades para la implementación de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, protección de datos, participación y servicio al ciudadano, en el marco de su objeto contractual. | Se dio cumplimiento a la Ley de transparencia y derecho de acceso a la información pública nacional en el desarrollo de las actividades contractuales. |
| **13.** Atender los lineamientos y políticas generales del Sistema de Gestión de Calidad definidos por el DNP que se relacionen con el objeto del contrato. | Se han atendido todas las indicaciones dadas por el supervisor y contenidas en el Sistema de Gestión de Calidad definido por el DNP, en el cumplimiento del objeto contractual. |

**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DERIVADO DNP-OR-060-2015 / 215082 – FONADE**
**PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –CRÉDITO 8320-CO**

# INFORME PRELIMINAR DE ACTIVIDADES

| | |
|---|---|
| **14.** Las demás que le sean asignadas en el marco de su objeto contractual. | Se han atendido todas las indicaciones dadas por el supervisor. |

**Anexos:**

1. Original certificación de cumplimiento para pago.
2. Original de Factura o Cuenta de Cobro.
3. Original de pago de Seguridad Social (EPS + Pensiones + ARL).
4. Declaración de aportes de seguridad social.

**Carlos Andrés López Salazar**
Contratista

**Jhovana Rojas Cardona**
Supervisora de contrato

Reviso. Deyanira Garzón - Profesional Financiero MGT

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893791517

(415)7707212489984(8020) 000001489379151 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 0 0 0 9 4 3 6 2 | 3 | Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0 | |

## 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 | 1 0 5 3 8 3 0 1 6 2 | 2 0 1 1 1 1 1 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | SALAZAR | CARLOS | ANDRES |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

41. Dirección principal: AV 19 7 B 19 AP 105 ED PORTAL DE LA CHIMENEA

42. Correo electrónico: candres_93@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 4 1 7 6 1 8 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 1 0 | 2 0 2 0 0 8 0 1 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

| 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 2023 - 02 - 05 / 17 : 11: 19

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 LOPEZ SALAZAR CARLOS ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| COMPROBANTE CONTABLE- CONTABILIZACIÓN | | |
|---|---|---|
| **TERCERO** | **1.053.830.162** | |
| **NIT** | **LOPEZ SALAZAR CARLOS ANDRES** | |
| **VALOR FIJO** | | **3.529.411,00** |
| **VALOR VARIABLE** | | **-** |
| **VALOR TOTAL** | | **3.529.411,00** |
| PORMENOR | CV 215082 CTTO 2220584 DS 22.LOPEZ SALAZAR CARLOS ANDRES. HONORARIOS.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES (PFET) DEL DNP, EN LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA LA PROVISIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA OPERATIVA EN LAS AREAS DE GESTIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA DE LOS MUNICPIOS OBJETO DE PILOTAJE DEL MODELO DE GESTIÓNT TERRITORIAL (MGT) EN EL MARCO DEL COMPONENTE 3 DEL PROYECTO. SN CC. RTE ICA 10/1000 Y AVISOS Y TABLEROS 15% BASE ICA SN ACUERDO 458 DE 2017 SAN JOSE - CALDAS Art 110 y 127, SS NOVIEMBRE 2023 NO APLICA, DEPENDIENTES $352.941, CORRECCION MONETARIA $ 0,0 MED PREPAGADA $ 0. APORTES VOLUNTARIOS FONDO DE PENSIONES $ 0 BASE UVT 62,41 ADJUNTA DECLARACIÓN. | |

| CUENTA | DESCRIPCIÓN | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|---|
| 7355830 | POR ADMINISTRACION DE RECURSOS -FONADE CONCEPTO GASTO 783 | 3.529.411,00 | - |
| 7390770 | HONORARIOS | - | 3.488.823,00 |
| 7255505012001 | RETENCIÓN EN LA FUENTE A EMPLEADOS - ART.383 ET Y DECRETO 099 Y 1070 DE 2015 | - | - |
| 7255505100001 | RETENCIÓN DE ICA -SAN JOSE CALDAS | - | 35.294,00 |
| 7255505100001 | RETENCIÓN DE AVISOS Y TABLEROS | | 5.294,00 |
| | **SUMAS IGUALES** | **3.529.411,00** | **3.529.411,00** |

**Firma:**

**CESAR ALMANZA AVILEZ**