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, 24/05/2023	Número y fecha del Contrato: Nº SECOP II FGRDC-CDCPS-024-2023 Interno 026 de 2023-02-23
CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 24/04/2023 A: 23/05/2023 Informe No. 3 de 4	
UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE	

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

Nombres y Apellidos del Contratista: **JUAN CARLOS GODOY** No. de Identificación: 7.366.318 DV-3 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: 22/02/2021

Objeto del Contrato: **REALIZAR ACCIONES COMUNICATIVAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.**

Nombre del Proyecto de Inversión: N/A	Código BPIN: N/A
Plazo de Ejecución: Tres (3) meses y quince (15) días.	Meses Ejecutados: Tres (03) Meses
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 24/02/2023	Fecha de Terminación: 07/06/2023

ESTADO FÍSICO :
Hasta la fecha 23/05/2023 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 85.71 %, 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,oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$15.079.680,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$2.513.280,oo
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	5.026.560,oo CINCO MILLONES VEINTISEIS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS. MCTE.
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres Departamento de Casanare:	$ 0

Forma de pago: 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:

Tres (3) mensualidades vencidas a razón de CINCO MILLONES VEINTISEIS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS MCTE ($5.026.560,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 DOS MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($2.513.280,oo), correspondiente a los últimos quince (15) días; 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. 981228174
	Entidad Financiera: BBVA

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

Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor

Carrera 19 No.6-100 Ed. Emiro Sossa 6to piso. Cód. Postal 850001, Cel. 3202407420 Yopal, Casanare
www.casanare.gov.co – cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co

	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	X.45.4503.1002.2020005 850057.0.121000.2.3.2.0 2.02.009.50	230033	23/02/2023	$ 17.592.960,oo
	Registro Presupuestal	X.45.4503.1002.2020005 850057.0.121000.2.3.2.0 2.02.009.50	230031	23/02/2023	$ 17.592.960,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)

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

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

Contrato Inicial	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
	Numero de recibo	NC 23005723	NC	NC
	Fecha	24/02/2023		
	Valor	$175.900.oo		
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	4500630985	2.010.624	$ 251.400	$ 257.100	abril /2023	Sanitas EPS
PENSIÓN	16	4500630985	2.010.624	$ 321.700	$ 329.000	abril /2023	Protección
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	4500630985	$ 10.800	Positiva			

Carrera 19 No.6-100 Ed. Emiro Sossa 6to piso. Cód. Postal 850001, Cel. 3202407420 Yopal, Casanare
www.casanare.gov.co – cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$5.026.560,oo	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. SECOP II FGRDC-CDCPS-024-2023 N° Interno 026 de 2023-02-23.
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó:
Diana Marcela Daza
Profesional contratada – FGRDC-.

Carrera 19 No.6-100 Ed. Emiro Sossa 6to piso. Cód. Postal 850001, Cel. 3202407420 Yopal, Casanare
www.casanare.gov.co – cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co

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, 24 de mayo del 2023 Contrato Nº SECOP II FGRDC-CDCPS-024-2023
N° Interno 026 de 2023-02-23 Fecha del Contrato: 23/02/2023

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: JUAN CARLOS GODOY

No. de Identificación Tributaria- NIT: 7.366318 DV -3

Objeto Contractual: **REALIZAR ACCIONES COMUNICATIVAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.**	
Dirección Residencia:	Conjunto Residencial Prados de Valverde – Torre 2- 205
Celular:	3107875677
Duración Del Contrato:	Tres (3) meses y quince (15) días.
Acta De Inicio:	24 de febrero de 2023
Periodo de Cobro:	24/04/2023 A 23/05/2023
Número de periodo:	3 - 4
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	17.592.960,oo
Valor Ejecutado a la fecha:	$15.079.680,oo
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$2.513.280,oo
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	5.026.560,oo CINCO MILLONES VEINTISEIS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS. MCTE.
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare	$ 0

JUAN CARLOS GODOY

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.

Yopal, mayo 24 del 2023

Señores
FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE
La ciudad

REF. Certificado de Deducciones

Yo, JUAN CARLOS GODOY identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 7.366.318, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE**:

- Mis ingresos percibidos por el Fondo de Gestión 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** 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 24/04/2023 y el 23/05/2023, en los pagos que me realice el Fondo de Gestión 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*	$
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales -$ 678.592). *Art 387 ET*	$

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
1115 860199	Danna Nicolle	Godoy	Maldonado	Hija	11
1029663396	Juan Andrés	Godoy	Jiménez	Hijo	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).

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

Y Finalmente, informo que los servicios del contrato Nº SECOP II FGRDC-CDCPS-024-2023 N° Interno 026 de 2023-02-23 fueron ejecutados en el municipio de Yopal y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GODOY
C.C.No. 7366318 de Paz de Ariporo, Casanare.

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

Yopal, 24 de mayo del 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, JUAN CARLOS GODOY identificado (a) con C.C. No. 7.366.318 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

JUAN CARLOS GODOY
C.C No. 7366318
Teléfono 3107875677
No. CONTRATO Nº SECOP II FGRDC-CDCPS-024-2023 N° Interno 026 de 2023-02-23.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7366318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS GODOY GODOY
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	PRADOS VALVERDE TORRE 2 205	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4500630985**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		19			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994418836

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 329.000
SUBTOTAL:			1	**$ 329.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 257.100
SUBTOTAL:			1	**$ 257.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 10.800
SUBTOTAL:			1	**$ 10.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 583.600**
VALOR MORA:	**$ 13.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 596.900**

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que JUAN CARLOS GODOY con documento CEDULA DE CIUDADANIA 7366318, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JUAN CARLOS GODOY con documento CC 7366318, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4500630985	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2023	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2023
Fecha Pago	2023/05/24	Número de Autorización	9994418836

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
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 INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7366318
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS GODOY GODOY
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	PRADOS VALVERDE TORRE 2 205	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4500630985	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			19					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9994418836

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 321.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.300	$ 0	$ 321.700	$ 7.300	$ 329.000
SUBTOTALES:										**$ 321.700**	**$ 7.300**	**$ 329.000**

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	$ 251.400	$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 251.400	$ 5.700	$ 0	$ 257.100
SUBTOTALES:													**$ 251.400**	**$ 5.700**	**$ 0**	**$ 257.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 300	$ 0	$ 10.800
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 10.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																														PENSIÓN							SALUD						ARP												
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 7366318	GODOY JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.010.624			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2.010.624	$ 321.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 321.700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.010.624	$ 251.400	$ 0	$ 251.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.010.624	7366318	$ 10.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 596.900**

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

430.10.300

PAZ Y SALVO DE CUMPLIMIENTO
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FGRDC

Fecha Radicado: 25-05-2023	
Contrato No. 026-2023	
Contratista: Juan Godoy	
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. 450063098S Correspondiente a: ABRIL-2023 ***(Se anexa pantallazo de verificación)***	Nombre y Firma de quien CERTIFICA:
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. 3	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: