GOBIERNO DE CALDAS	VERIFICACIÓN TRAMITE ANTE LA SECRETARIA DE HACIENDA	Código: FO-GD-02-014 Versión: 15 Fecha Modificación: 29/01/2020

COPIA CONTROLADA

Secretaría: __PLANEACION_____

Contratista: __ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ_____

Actividad que requiere control	Criterio de aceptación	Se cumple el criterio de aceptación?				
		Ordenador (a) del gasto	Secretaria de Hacienda (Recibe)			
		Fecha y Firma de Quien Entega	Si	No	Fecha y Firma de quien recibe	Observaciones
Tramite de Cuentas - Pagos	Acta Ordenación del gasto. Formato FO-GD-02-020					
	Acta de Resumen y Ordenación del Gasto FO-GD-02-018					
	Factura Original o documento equivalente. (Requisitos articulo 617 Estatuto Tributario.)					
	Copia -PILA-art 1. del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 SOLO PARA PERSONAS NATURALES					

GOBERNACIÓN DE CALDAS
SECRETARÍA DE HACIENDA
UNIDAD DE CONTABILIDAD
08 AGO 2024

5623

GOBIERNO DE CALDAS	ACTA RESUMEN Y ORDENACIÓN DEL GASTO No. 6	Código: FO-GD-02-018 Versión: 27 Fecha de Modificacion: 20/11/2021

SECRETARÍA	PLANEACIÓN	FECHA ACTA	martes, 6 de agosto de 2024
Número Radicado en SECOP: Contrato, Convenio, Proceso o Constancia Art 19 Decreto 1510/2013	CO1.PCCNTR.5847806-CD--SP-156-2024	Número Radicado Interno del Contrato:	02022024-0116
Numero de identificacion del contratista - NIT	1053817478	No. Ficha BPIN (**Solo para proyectos Regalias Anexar copia**)	2023003170082
CONTRATISTA	ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ		
CONTRATO CEDIDO A:			
CODIGO VIA		NOMBRE DE LA VIA	
Actividad Económica	8299	Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto del Contrato:	**Apoyar a la Secretaria de Planeación Departamental desde su perfil como Administradora Pública especialista en Gestión Pública en las actividades tendiendes a la adecuada implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, asi como recolección y procesamiento de información y análisis de datos.**		

Valor del Contrato	Valor Adición	Valor Anticipo
$ 44.000.000		

APORTANTES	%	VALOR	TIPO DE ENTIDAD
Aporte Departamento:	100%	$ 44.000.000	PUBLICA
Aporte Convenio No			
Aporte Convenio No			

Duración Contrato:	Fecha de Iniciación	6/02/2024
	Fecha de Terminación de ejecución	5/10/2024
	Prórrogas	

N° PEDIDO - RPC	VALOR ORDENADO	AMORTIZACIÓN	VALOR NETO	FONDO
4500024713	$ 5.500.000		$ 5.500.000	0-0001
			$ -	
			$ -	
VALOR ACTA	$ 5.500.000		$ 5.500.000	

RESUMEN DEL CONTRATO			RESUMEN DEL ANTICIPO		
Valor del Contrato:		$ 44.000.000	Valor del Anticipo:		$ -
Adición del Contrato		$ -			
Valor Acta Nro. 1	$ 5.500.000		Amortización Acta 1		
Valor Acta Nro. 2	$ 5.500.000		Amortización Acta 2		
Valor Acta Nro. 3	$ 5.500.000		Amortización Acta 3		
Valor Acta Nro. 4	$ 5.500.000		Amortización Acta 4		
Valor Acta Nro. 5	$ 5.500.000		Amortización Acta 5		
Valor Acta Nro. 6	$ 5.500.000		Amortización Acta 6		
Valor Acta Nro. 7			Amortización Acta 7		
Valor Acta Nro. 8			Amortización Acta 8		
Valor Acta Nro. 9			Amortización Acta 9		
Valor Acta Nro. 10			Amortización Acta 10		
Valor Acta Nro. 11			Amortización Acta 11		
Saldo del Contrato:	$ 11.000.000		Saldo por Amortizar:	$ -	
SUMAS IGUALES	$ 44.000.000	$ 44.000.000	**SUMAS IGUALES**	$ -	$ -

OBSERVACION: (se diligencia cuando se requiera)

Nota: EL (LA) CONTRATISTA HA ACREDITADO EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES , EL CUAL HA SIDO VERIFICADO POR PARTE DEL ORDENADOR, SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 23 DE LA LEY 1150 de 2007 PARAGRAFO 1° ("El servidor público que sin justa causa no verifique el pago de los aportes a que se refiere el presente artículo, incurrirá en causal de mala conducta, que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente." y del articulo 23 del Decreto 1703/2002 Cotizaciones en contratación no laboral para efectos de lo establecido en el artículo 271 de la Ley 100 de 1993, en los contratos en donde este involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o persona juridica de derecho publico o privado, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social

Firma

Nombre: CARLOS ANDERSON GARCÍA GUERRERO

Ordenador del Gasto

Firma

Nombre: GERMÁN OCAMPO CALDERÓN

Supervisor (a)

Firma

Nombre

Interventor (a) - (SI APLICA)

FECHA	AGOSTO 2024

FACTURA EQUIVALENTE N.º 006

Documento equivalente a factura, (art.3 dec.522 de 2003)

GOBERNACIÓN DE CALDAS
NIT 890801052-1

NOMBRE (S) Y APELLIDOS	**ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ**	
NIT	1.053.817.478	**MANIZALES**
REGIMEN	"NO responsable de IVA"	
DIRECCION BENEFICIARIO DEL PAGO	Calle 94 N 28-67 casa 15 colinas del viento	
TELEFONO FIJO Y CELULAR	(606) 8737314-3022127480	
CORREO ELECTRONICO	anitamaria.0492@gmail.com	

POR CONCEPTO DE:

Apoyar a la secretaria de Planeación Departamental desde su perfil como Administradora Pública especialista en Gestión Pública en las actividades tendientes a la adecuada implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, así como recolección y procesamiento de información y análisis de datos.

CONTRATO	Prestación de Servicios Profesionales	**No**	02022024-0116

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	VALOR EN LETRAS
$ 5.500.000, oo	**CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.**

SE SOLICITA REALIZAR EL PAGO DE LA SIGUIENTE FIRMA:

NUMERO DE CUENTA DEL BENEFICIARIO	07063627814 (ANEXO CERTIFICADO)			
TIPO DE CUENTA	AHORRO	X	CORRIENTE	
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA			

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ
C.C. 1.053.817.478

Declaro voluntariamente que pertenezco al Régimen NO responsable de IVA (Simplificado), por lo tanto, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Favor no hacer retención en la fuente por debajo de los topes, régimen no responsable de IVA (simplificado) Ley 1527 de abril de 2.012.

Para efectos de lo establecido en el Art.383 del E.T. declaro que no tengo vinculadas dos o más personas.

Manizales, 6 de agosto de 2024

Señores:
Secretaría de Hacienda
DEPARTAMENTO DE CALDAS
Manizales

ASUNTO: Aportes a la Seguridad Social Integral

Mediante la presente certificación y bajo la gravedad de juramento, yo **ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ** con CC. No. 1053817478

1. Que los pagos realizados por seguridad social integral: Salud, Pensión y Riesgos Laborales del mes de julio de 2024, corresponde a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales.

2. Que mediante planilla(s) No**. 30304698** correspondiente al mes de julio y pagada sobre el 40%, se aporta como soporte de la cuenta a pagar del contrato de prestación de servicios profesionales 02022024-0116.

Cordialmente,

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

C.C No. 1.053.817.478

Manizales, 06 de agosto de 2024

Señores
DEPARTAMENTO DE CALDAS
Manizales

Asunto: Información solicitada por el artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016

Apreciados señores:

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el Artículo 383 del Estatuto

Tributario, modificado por el Artículo 42 de la Ley 2010 de 2019:

C E R T I F I C O Q U E:

		SI	NO
1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios		X
2	Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable 2023.	X	

Esta certificación se expide a los seis (06) días del mes de agosto del dos mil veinticuatro (2024)

Cordialmente,

FIRMA Ana María Gómez Muñoz.

NOMBRES: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

C.C No. 1.053.817.478

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053817478 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2024-07	230301	800224808	PORVENIR	1	0	576.000	0	576.000
Periodo salud:	2024-07	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	450.000	0	450.000
Planilla Nro.:	30304698 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	18.800	0	18.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2024-07-30	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	809450358	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.044.800

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Yo, ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ identificada con cédula de ciudadanía No 1.053.817.478 de Manizales y a efecto de obtener la deducción por dependientes, de manera libre y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las personas relacionadas a continuación dependen económicamente de mí:

TIPO DOCUMENTO				Numero	Nombres y Apellidos	Parentesco
C.C.	R.C	T.I	C.E			
		X		1.054.890.684	LUNA BONILLA GÓMEZ	HIJA

Toda vez que:

Son mis hijos menores de 18 años de edad, según consta en los registros civiles de nacimientos que se anexan.

Certifico igualmente, que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes solicitada, cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4 del artículo 2 del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente, en relación con un mismo dependiente.

La anterior afirmación se efectúa para optar al beneficio de deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la realizo a los 06 días de agosto del año 2024.

Atentamente,

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ
C.C 1.053.817.478 de Manizales