GOBIERNO DE CALDAS	COPIA CONTROLADA SIG **VERIFICACIÓN TRAMITE ANTE LA SECRETARÍA DE HACIENDA**	**Código:** FO-GD-02-014 **Versión: 15** **Fecha Modificación:** 29/01/2020

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	GOBERNACIÓN DE CALDAS SECRETARÍA DE HACIENDA UNIDAD DE CONTABILIDAD				
	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	12 NOV 2024			9438	

GOBIERNO DE CALDAS	ACTA RESUMEN Y ORDENACIÓN DEL GASTO No._ 9	Código: FO-GD-02-018 Versión: 27 Fecha de Modificacion: 20/11/2021

SECRETARÍA	PLANEACION	FECHA ACTA	martes, 05 de noviembre 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	1053817478-8	No. Ficha BPIN (**Solo para proyectos Regalias Anexar copia**)	2023003170084
CONTRATISTA	ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ		
CONTRATO CEDIDO A:			
CODIGO VIA		NOMBRE DE LA VIA	
Actividad Económica		Tipo de Contrato	
Objeto del Contrato:	Prestación de servicios profesionales para apoyar a la secretaría 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 con la recolección y procesamiento de información y análisis de datos		

Valor del Contrato	Valor Adición	Valor Anticipo
$ 44,000,000	$ 13,383,333	

APORTANTES	%	VALOR	TIPO DE ENTIDAD
Aporte Departamento:	100%	$ 57,383,333	PUBLICA
Aporte Convenio No			
Aporte Convenio No			

Duración Contrato:	Fecha de Iniciación	2024/02/06
	Fecha de Terminación de ejecución	2024/10/05
	Prórrogas	2024/12/18

N° PEDIDO - RPC	VALOR ORDENADO	AMORTIZACIÓN	VALOR NETO	FONDO
4500024713	$ -		$ -	0-0001
4500026375	$ 6,691,666		$ 6,691,666	0-0001
VALOR ACTA	$ 6,691,666	$ -	$ 6,691,666	

RESUMEN DEL CONTRATO			RESUMEN DEL ANTICIPO		
Valor del Contrato:		$ 44,000,000	Valor del Anticipo:		
Adición del Contrato		$ 13,383,333			
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	$ 5,500,000		Amortización Acta 7		
Valor Acta Nro. 8	$ 5,500,000		Amortización Acta 8		
Valor Acta Nro. 9	$ 6,691,666		Amortización Acta 9		
Valor Acta Nro. 10					
Valor Acta Nro. 11					
Saldo del Contrato:	$ 6,691,667		Saldo por Amortizar:		
SUMAS IGUALES	**$ 57,383,333**	**$ 57,383,333**	**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 GARCIA GUERRERO

Ordenador del gasto

Firma

Nombre: GERMAN OCAMPO CALDERON

Supervisor (a)

Firma

Nombre

Interventor (a) - (SI APLICA)

FECHA	NOVIEMBRE 2024

FACTURA EQUIVALENTE N.º 009

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
$ 6.691.666	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS 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 María Gómez Muñoz
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.

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
Período pensión:	2024-10	230301	800224808	PORVENIR	1	0	576.000	0	576.000
Período salud:	2024-10	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	450.000	0	450.000
Planilla Nro.:	31138223 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:	2024-11-06	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1033624867	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.044.800

PAGADO

Manizales, 01 de noviembre 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 al (01) día del mes de noviembre del dos mil veinticuatro (2024)

Cordialmente,

FIRMA _____

NOMBRES: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

C.C No. 1.053.817.478

Manizales, 1 de noviembre 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 octubre de 2024, corresponde a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales.

2. Que mediante planilla(s) No**. 31138223** correspondiente al mes de octubre 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 María Gómez Muñoz
ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

C.C No. 1.053.817.478

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:

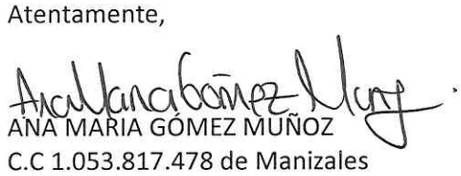
Son mis hijos menores de 18 años de edad, según consta en los registros civiles de nacimientos que se anexan.

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 realizó el día 1 de noviembre del año 2024.

Atentamente,



ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ
C.C 1.053.817.478 de Manizales