1983

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

GOBERNACION DE CASANARE
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO
RECIBIDO Marcela
FECHA 7/5/25

Yopal, 05 de mayo 2025

Pago N°2 y 3

Seleccione según corresponda

Contrato	X	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 2970 de 09-12-2024

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades		Actas Parcial	x	Acta de liquidación	☐	Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha:	05/05/2025
Certificación		Otro	☐	Cuál?							

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
NIT	901896505	0	UNION TEMPORAL TAC CENTRAL YOPAL 2024

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD
03428
08 MAY 2025
Recibí:
Hora: 10:32

2. Información General.

a. Tipo de Contrato. (seleccionar si es un contrato)

CPS	X	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	☐	Suministro	☐	Compra Venta	☐
Otro	☐	¿Cuál?									

b. Clase de Convenio. (Seleccionar, si es un convenio)

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	☐	Otro	☐	Cual?	

c. Modalidad de Selección. (Seleccionar, en todos los casos)

Licitación Publica	x	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		CAS-OAJ-LP-007-2024							

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	SECRETARIA GENERAL – DIRECCIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			
Nombre del Proyecto:	NO APLICA.			
Código Bpin Proyecto:	NO APLICA			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
2970	09-12-2024	13-12-2024	19-08-2025	(08) meses y siete (07) días.
Objeto:	PRESTAR EL SERVICIO DE VIGILANCIA PRIVADA, GUARDA, CUSTODIA Y SEGURIDAD INTEGRAL CON RECURSOS HUMANOS, TÉCNICOS Y LOGÍSTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.			

e. Información presupuestal. (Diligencie de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Fuente	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			Registro Presupuestal		
		N°	Fecha	Valor	N°	Fecha	Valor
Rubro presupuestal 1	B.4.121000.2.1.2.02.02.008.11	2404210	17-10-2024	$ 386.598.943,35	24002970	10-12-2024	$ 386.539.999
Rubro presupuestal 2	B.4.0.121000.VF.2.1.2.02.02.008.09	2500034	02-01-2025	$ 2.190.393.330	25002970	02-01-2025	$ 2.190.393.330
ADICIONAL N°1	B.4.0.121000.0.2.1.2.02.02.008.10	2500574	03-02-2025	$ 59.423.461,66	25002970	18-02-2025	$ 59.423.461,66
ADICIONAL N°2	B.4.0.121000.0.2.1.2.02.02.008.10	2501774	03-04-2025	4.224.383,26	250002970	09-04-2025	4.224.383,26
Valor Total Contrato o Convenio (solo incluir Recursos de la Gobernación)							$ 2.640.581.173,92

VoBo

5

f. Información Pago de Estampillas.

Concepto	Estampilla Pro-cultura Cód: 24039868	Estampilla Pro-Adulto mayor Cód: 24039871	Estampilla Pro-Desarrollo. Cód: 24039870	Tasa Pro-Deporte y Recreación. Cód: 24039872	Estampilla Pro-Unitropico Cód: 24039869	Número	Fecha
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor		
Valor Total Inicial	$ 2.506.700	$ 7.520.200	$ 2.506.700	$ 6.266.900	$ 3.760.100	24039868 24039871 24039870 24039872 24039869	10-12-2024 10-12-2024 10-12-2024 10-12-2024 10-12-2024
Adicional 1	$ 57.900	$ 173.500	$ 57.900	$ 144.500	$ 86.800	25006154 25006157 25006156 25006158 25006155	26-02-2025 26-02-2025 26-02-2025 26-02-2025 26-02-2025
Adicional 2	$ 4.200	$ 12.700	$ 4.200	$ 10.600	$ 6.300	25012607 25012610 25012609 25012611 25012608	10-04-2025 10-04-2025 10-04-2025 10-04-2025 10-04-2025
Otro____	$	$	$	$	$	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)

g. Información de Pólizas. (se debe tener en cuenta los ajustes en tiempo del contrato.

Evento		Cumplimiento del contrato	Buen manejo y correcta inversión del anticipo	Pago de salarios, Prestaciones Sociales	Calidad del servicio.	Responsabilidad Civil.
		N° 14-44-101225746	N° N° 14-44-101225746	N° N° 14-44-101225746	N° N° 14-44-101225746	N° 14-40-101069429
Contrato/convenio Inicial.	% - SMLV	10%	100%	5%	10%	300 SMLMV
	Desde.	10-12-2024	10-12-2024	10-12-2024	10-12-2024	10-12- 2024
	Hasta.	17-08-2025	17-08-2025	17-08-2028	17-02-2026	17- 08- 2025
Fecha de aprobación de la póliza		**13-12-2024**	**13-12-2024**	**13-12-2024**	**13-12-2024**	**13-12-2024**
AMPLIACION POLIZAS SEGÚN ACTA DE INICIO	% - SMLV	10%	100%	5%	10%	300 SMLMV
	Desde.	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024
	Hasta.	20/08/2025	20/08/2025	20/08/2028	20-02-2026	20/08/2025
Fecha de aprobación de la póliza		**09-01-2025**	**09-01-2025**	**09-01-2025**	**09-01-2025**	**09-01-2025**
ADICIONAL N°1	% - SMLV	10%	100%	5%	10%	%
	Desde.	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	20/08/2025	20/08/2025	20/08/2028	20-02-2026	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		04-03-2025	04-03-2025	04-03-2025	04-03-2025	(dd/mm/aaaa)
ADICIONAL N°2		10%	100%	5%	10%	300 SMLMV

VoBo

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

GOBERNACION DE CASAN...
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO
RECIBIDO 7/5/25
FECHA

	% - SMLV Desde.	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	13/12/2024	(dd/mm/aaaa)
	Hasta	20/08/2025	20/08/2025	20/08/2028	20/02/2026	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		22/04/2025	22/04/2025	22/04/2025	22/04/2025	(dd/mm/aaaa)

(Diligencie y Agregue filas de acuerdo al evento o necesidad).

3. **Información de suspensión, Ampliación a la suspensión, Prorroga y Reinicio.** (Diligencie y Agregue filas de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Número documento	Fecha	Tiempo Documento
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°.		(dd/mm/aaaa	N° mes(es) y N° día(s)
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio. N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Prorroga N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Prorroga N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Prorroga N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Tiempo Real Suspendido			

(Diligencie y Agregue filas de acuerdo a su necesidad).

Fecha Actual de Terminación:	**(19/08/2025)**

4. **Estado Financiero.**

a. Estado Financiero del contrato.

Valor Total del Contrato:	$ 2.640.581.173,92	Seleccionar según forma de pago Anticipo ☐ Pago Anticipado ☐	$ 0	Total de Anticipos Girados:	$ 386.539.999
Valor Ejecutado:	$ 619.996.493,29	Valor por Ejecutar:	$ 2.020.584.680,63	Valor no ejecutado:	$ 0
Valor Amortizar:	$ 110.439.999,72	Valor por Amortizar:	$ 276.099.999,28	Total de Amortizaciones :	$ 386.539.999
Descuento actual:	$		Total de Descuentos:	$	
Valor a facturar:	$ 619.996.493,29	Valor a pagar	$ 619.996.493,29		

Siga con la Sección C. valor a girar y afectación por rubros presupuestales

b. Estado Financiero del convenio.

Valor Total de Convenio	Valor Total Aportes del Departamento	Valor Total Aportes del Cooperante
$	$	$

El siguiente cuadro se diligencia teniendo en cuenta recursos o aporte de la Gobernación de Casanare.

Aportes Gobernación	Desembolsos o transferencias			Saldo por Desembolsar o Transferir.
	N°	% desembolso o transferencia	Valor	
$	1	%	$	$
	2	%	$	$

VoBo _____

		3 %		$	$
Valor Ejecutado:	$	Valor por Ejecutar :	$	Valor no Ejecutado:	$
Descuento Actual:	$		Total de Descuentos: sin incluir el valor no ejecutado	$	
Valor Actual a Desembolsar o transferir:	$				

c. Valor a Girar y afectación por rubros presupuestales. Aplica para convenios y contratos.

Valor a Girar:	SEISCIENTOS DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS CON VEINTINUEVE CENTAVOS M/CTE ($619.996.493,29).

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta. (Forma en que se debe pagarse por fuente del rubro presupuestal)							
Fuente :	B.4.0.121000.VF.2.1.2.02.02.008.09	Valor:	$ 619.996.493,29	Fuente:		Valor:	$
Fuente :		Valor:	$	Fuente:		Valor:	$

Nota: Diligencie **Siempre** el valor de la ejecución facturada según documento soporte.

5. Forma de Pago y Cuenta Autorizada.

Forma de Pago Vigente (Diligencie según minuta)
El valor del presente contrato se de la siguiente manera: A.Mediante mensualidades vencidas, hasta completar un noventa por ciento (90%) previa amortización del cien por ciento del anticipo y suscripción de las respectivas actas, previa presentación del informe de actividades realizadas, con el visto bueno del Supervisor, anexando la factura correspondiente y los aportes de salud, pensión y parafiscales del personal contratado para la ejecución del contrato. NOTA: En el proceso de pago de cada una de las mensualidades vencidas se hará una amortización porcentual del resultado de dividir el valor del porcentaje total del anticipo entregado sobre el valor porcentual máximo establecido para cobrar parciales (en este caso sería 50% dividido en 90%). B. El último pago se hará con el acta de liquidación final del contrato para lo cual se requerirá los siguientes documentos: - Certificación de cumplimiento del objeto contratado por el Supervisor del contrato. - Soportes donde se acredita el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, salarios y prestaciones sociales. ANTICIPO: El valor correspondiente al 15% del valor total del contrato, se girará al contratista en calidad de anticipo, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato, así como la suscripción del acta de inicio y la presentación del plan de inversión del anticipo debidamente aprobado por el supervisor del contrato. Estos recursos se otorgan en calidad de préstamo y deben ser amortizados en el desarrollo del objeto contractual. Para el manejo de los recursos entregados en calidad de anticipo el contratista deberá constituir una cuenta separada a nombre del contrato. Los rendimientos financieros que se generen serán devueltos a la entidad de la forma que esta le indique.

Cuenta Autorizada (Transferencias, pagos anticipados, anticipos, pagos parciales, liquidación, Otros)					
Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pago anticipados/anticipos)		Contrato de fiducia	
Tipo:	**Cuenta corriente**	Tipo:		Entidad:	
N°:	21004368938	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	Banco Caja Social	Entidad Financiera		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta		Nit:	

6. Pagos de Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales. (Diligenciar las casillas que apliquen y agregue filas de acuerdo a su necesidad).

a. Pagos correspondientes al periodo ejecutado que se cobra. No aplica para convenios.

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9479890719	$ 70.812.132	$ 2.830.200	$ 2.830.200	ENERO 2025	CAPRESOCA-COMPENSAR FAMISANAR – NUEVA EPS – NUEVA EPS MOVILIDAD – SANITAS

VoBo _____

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

GOBERNACION DE CASANARE
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO
RECIBIDO Marcela
FECHA 7/5/25

PENSIÓN	16	9479890719	$ 67.237.542	$ 10.756.100	$ 10.756.100	DICIEMBRE 2024	COLFONDOS-COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9479890719	$ 3.061.100	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 2.823.200

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9481343580	$ 124.022.948	$ 4.941.000	$ 4.941.000	FEBRERO 2025	CAPRESOCA-COMPENSAR FAMISANAR – NUEVA EPS – NUEVA EPS MOVILIDAD – SANITAS
PENSIÓN	16	9481343580	$ 114.314.182	$ 18.270.600	$ 18.270.600	ENERO 2025	COLFONDOS-COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9481343580	$ 5.335.600	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 4.931.800

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9479972540	$ 68.404.682	$ 2.735.500	$ 2.735.500	ENERO 2025	ALIAN SALUD EPS – COMPENSAR – EPS SURA – FAMISANAR – FOSYGA – NUEVA EPS – SALUD TOTAL – SANITAS
PENSIÓN	16	9479972540	$ 65.124.856	$ 10.419.000	$ 10.419.000	DICIEMBRE 2025	COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9479972540	$ 2.915.500	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 2.750.400

VoBo

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9481340591	$ 65.872.278	$ 2.626.900	$ 2.626.900	FEBRERO 2025	ALIAN SALUD EPS – COMPENSAR – EPS SURA – FAMISANAR – FOSYGA – NUEVA EPS – SALUD TOTAL – SANITAS
PENSIÓN	16	9481340591	$ 60.371.980	$ 9.651.300	$ 9.651.300	ENERO 2025	COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9481340591	$ 2.702.500	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 2.558.500

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9482714600	$ 127.504.243	$ 5.090.400	$ 5.090.400	MARZO 2025	CAPRESOCA-COMPENSAR FAMISANAR – NUEVA EPS – NUEVA EPS MOVILIDAD – SANITAS
PENSIÓN	16	9482714600	$ 117.929.957	$ 18.859.000	$ 18.859.000	FEBRERO DEL 2025	COLFONDOS-COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9482714600	$ 5.447.600	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 5.046.900

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 ☐ o 4 ☒	9482711496	$ 71.793.246	$ 2.867.400	$ 2.867.400	MARZO 2025	ALIAN SALUD EPS – COMPENSAR – EPS SURA – FAMISANAR – FOSYGA – NUEVA EPS – SALUD TOTAL – SANITAS
PENSIÓN	16	9482711496	$ 64.785.032	$ 10.360.900	$ 10.360.900	FEBERO 2025	COLPENSIONES-PORVENIR - PROTECCION
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	4	9482711496	$ 2.965.500	COLPATRIA			

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	4
Valor Cancelado	$	$	$ 2.799.100

VoBo

1986

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

GOBERNACIÓN DE CASANARE
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO
RECIBIDO Marcela
FECHA 7/5/25

a. Certificación personas Jurídicas Pagos a la seguridad social y parafiscal. (Para desembolso inicial, anticipos, pagos anticipos y liquidación del convenio y contratos).

Certificación Expedida por:	NATALY ROJAS PRADILLA Contador Público-TP318177-T	Fecha de Expedición: 13/02/2025 14/04/2025

a. **Información de Liquidación.** (Diligenciar al finalizar la ejecución del contrato o convenio, solo recursos de la Gobernación).

a. Balance financiero.

Fecha de Terminación Definitiva:	(dd/mm/aaaa)	Tiempo Real Ejecutado:	(dd/mm/aaaa)

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldos no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
$ 0	$ 0	$ 0	Descripción:	Valor $	Valor $
				Fecha Reintegro: (dd/mm/aaaa)	Fecha consignación (dd/mm/aaaa)
			Valor $	Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)	Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)

(En caso de existir saldos no ejecutados el supervisor y/o interventor deben enviar copia del acta de liquidación junto a este formato, con destino a la dirección técnica de presupuesto para la liberación de saldos presupuestales.)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental		
N°	Fecha de expedición	Valor Total
	(dd/mm/aaaa)	$

b. **Sanciones y/o multas.**

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐

c. **Información de retención de industria y comercio (ICA):**

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
YOPAL	$ 55.521.652,10	92%
AGUAZUL	$ 4.829.969,75	8%

d. **Observaciones:**

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 trámite del pago. Nota: El supervisor y/o interventor asegurara la entrega de los documentos requeridos y que son soporte del presente formato a la Secretaria de Hacienda del Departamento.

VoBo

e. **Firmas:**

ADRIANA PATRICIA ALFONSO SÁENZ
N° CEDULA. 1.032.439.276 de Bogotá
CARGO. Secretaria General
Decreto N°0001 de 01 de Enero del 2024

Reviso:

RUTH FONSECA ZANABRIA
N° CEDULA. 46.368.070 de Sogamoso
CARGO. Directora de Servicios Administrativos
Decreto N°0004 del 02 de enero del 2024.
Clausula Décimo Novena-Supervisión CTO 2970-2024

Reviso:

VoBo