Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

NO OBLIGADOS A FACTURAR
FO-AB-18
13-03-2021
V. 07

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, 30 de enero de 2025 Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024
Numero Interno 090 de 2024-12-27

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

No. de Identificación Tributaria- NIT1.019.006.510 DV -2

Objeto Contractual: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.	
Dirección Residencia:	CALLE 30 No. 28 – 46 Yopal Casanare
Celular:	6355230
Duración Del Contrato:	Un (1) mes
Acta De Inicio:	30 de diciembre de 2024
Periodo de Cobro:	30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025
Número de periodo:	1 de 1
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 5.101.960,00
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 5.101.960,00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 00
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960,00)
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare:	$ 0

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE

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.

GOBERNACIÓN DE
CASANARE
NIT: 892099216-6

INFORME DE ACTIVIDADES

FO-AB-19
2016-05-10
V.03

Informe final de Actividades No. 01 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27 cuyo objeto es: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Yopal, 30 de enero del 2025.

Ingeniero:
GUILLERMO ALEXANDER VELANDIA GRANADOS
Director Departamental de Gestión del Riesgo y Desastres
R/L DEL FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DE CASANARE
Ciudad

Ref.: Informe de final de actividades No. 1 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27.

Cordial Saludo.

En cumplimiento del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES de la referencia, relaciono a continuación las actividades realizadas desde el 30 de diciembre de 2024 hasta el 29 de enero de 2025.

A. ANTECEDENTES:

1. **OBJETO:**	REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.
2. **PLAZO DE EJECUCIÓN:**	UN (01) MES
3. **FECHA DE INICIO:**	2024-12-30
4. **FECHA DE TERMINACIÓN:**	2025-01-29
5. **SUSPENSIONES:**	N/A
6. **PRÓRROGAS:**	N/A
7. **NUEVA FECHA TERMINACIÓN:**	N/A
8. **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:**	CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960)
9. **ADICIONES:**	$0,00 M.L.C.
10. **VALOR DEFINITIVO CONTRATO:**	CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960))

B. ESTADO FÍSICO:

Hasta la fecha 29/01/2025, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27. Presenta una ejecución del 100% contra una programada del 100%

GOBERNACIÓN DE
CASANARE
NIT: 892099216-6

INFORME DE ACTIVIDADES

FO-AB-19
2016-05-10
V.03

Informe final de Actividades No. 01 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27 cuyo objeto es: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

C. ESTADO FINANCIERO:

	Valor	**Anticipo**	
CONTRATO INICIAL	$ 5.101.960,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$ 5.101.960,00	$0,00	
	Valor Acta	**Amortiza**	**Valor Pagado**
PRESENTE INFORME	$ 5.101.960,00	$0,00	$ 5.101.960,00
POR EJECUTAR	$0,00	$0,00	$0,00
TOTAL	**$ 5.101.960,00**	**$0,00**	**$ 5.101.960,00**

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA No. 01 y FINAL: CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE($5.101.960,00).

D. ACTIVIDADES:

1. Verificar la información presentada por los consejos municipales de Gestión del Riesgo de Desastres en referencia a familias damnificadas por la ocurrencia de eventos naturales y/o antrópicos en el Departamento de Casanare, a través del CENSO, EDAN (Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades).
2. Realizar el seguimiento y control a la clasificación de las ayudas humanitarias para la atención de familias damnificadas por la ocurrencia de eventos naturales y/o antrópicos en el Departamento de Casanare.
3. Organizar la atención oportuna de familias damnificadas por eventos naturales y/o antrópicos en Casanare, mediante la entrega de ayudas humanitarias. Entregar los formatos AHE debidamente diligenciados y firmados
4. Realizar un informe con el análisis estadístico y de enfoque diferencial de familias damnificadas y atendidas en ocasión a eventos naturales y/o antrópicos en el departamento de Casanare.
5. Presentar informe de actividades mensual en medio físico y magnético dentro de los primeros diez (10) días hábiles al vencimiento del periodo de ejecución y enviar al correo cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co con todos los soportes donde se evidencie claramente los insumos requeridos para la elaboración del Informe de gestión y seguimiento del plan de acción, correspondiente al proyecto que desarrolla, garantizando la recolección de datos, evaluación, encuestas, seguimiento, registro fotográfico de las actividades realizadas o los que resulten necesarios para cumplir el objetivo de las actividades
6. Prestar apoyo en las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y/o manejo de desastres, en caso de requerirse en la proyección de respuestas a PQRS y desarrollar las demás actividades inherentes al objeto contractual, asignadas por el supervisor.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Actividad Realizada	Porcentaje (%)	Referencia
Actividad No. 1 - En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025.	100%	1

GOBERNACIÓN DE
CASANARE
NIT: 892099216-6

INFORME DE ACTIVIDADES

FO-AB-19
2016-05-10
V.03

Informe final de Actividades No. 01 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27 cuyo objeto es: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Realicé verificación de la información presentada por los consejos municipales de Gestión del Riesgo de Desastres en referencia a familias damnificadas por la ocurrencia de eventos naturales y/o antrópicos en el Municipio de Trinidad a través del CENSO, EDAN (Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades) Anexo: Formato de clasificación de las ayudas humanitarias		
Actividad No. En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025. Realicé el seguimiento y control a la clasificación de las ayudas humanitarias para la atención de 750 familias damnificadas por la ocurrencia de eventos naturales y/o antrópicos en el Municipio de Hato Corozal, Departamento de Casanare. Anexo: Formato de clasificación de las ayudas humanitarias.	100%	2
Actividad No. 3 En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025. Coordiné la atención oportuna de 11 familias damnificadas por eventos naturales y/o antrópicos en el municipio de Yopal Casanare, mediante la entrega de ayudas humanitarias. Anexo: Planilla AHE diligenciada y firmada	100%	3
Actividad No 4 En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025. Realicé informe con análisis estadístico y de enfoque diferencial de 11 familias damnificadas y atendidas en ocasión a eventos naturales y/o antrópicos en el municipio de Yopal. Anexo: informe de análisis estadístico.	100%	4
Actividad No. 5 En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025. Presente el informe de actividades en medio físico, magnético y lo envíe al correo cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co con los respectivos soportes el cual se puede verificar en el CD adjunto al presente informe. Anexo: Soporte de envío.	100%	5
Actividad No. 6 En el periodo comprendido del 30 de diciembre de 2024 al 29 de enero de 2025. Realice revisión de los documentos proyectados por la DDGRD, donde se están dando respuesta a solicitudes relacionadas con ayudas humanitarias por los	100%	6

GOBERNACIÓN DE
CASANARE
NIT: 892099216-6

INFORME DE ACTIVIDADES

FO-AB-19
2016-05-10
V.03

Informe final de Actividades No. 01 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27 cuyo objeto es: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

diferentes municipios del departamento de Casanare. Anexo: Copia de los oficios.		

OBSERVACIONES: Anexo CD y soporte de envió de informe de actividades al correo cdgrd.casanare@gestiondelriesgo.gov.co, igualmente planilla de pago de seguridad social correspondiente al mes de enero de 2025.

Atentamente,

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
Contratista

CONSTANCIA: El suscrito Supervisor hace constar que verificada las actividades relacionadas en el presente informe y las pactadas en el contrato, se concluye que el Contratista ha cumplido con las actividades adquiridas en virtud del mismo.

Aprobó:

GUILLERMO VELANDIA GRANADOS
Director Departamental de Gestión del Riesgo y Desastres
Decreto Nº 004 del 02/01/2024
RL/Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del departamento de Casanare -FGRDC
Supervisor

Revisó: _____
Marly Tatiana Becerra Rivera
Profesional Planta DGRD.

Revisó: _____
Marlon Oswaldo Vargas Hurtado
Profesional Contratado DDGRD.

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, 30/01/2025	Número y fecha del Contrato SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 2024 -12-27

CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 30/12/2024 A: 29/01/2025 Informe No. 1 de 1

UNIDAD EJECUTORA: FONDO DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: **NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE** No. de Identificación: **1019006510** DV- **2**

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: 29/01/2025

Objeto del Contrato: REALIZAR SOPORTE PROFESIONAL EN LAS LABORES DE SEGUIMIENTO, CONTROL Y ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA PARA LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA A FAMILIAS DAMNIFICADAS POR EVENTOS NATURALES Y/O ANTRÓPICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Nombre del Proyecto de Inversión:	Código BPIN:
Plazo de Ejecución: (1) un Mes	Meses Ejecutados: un (1) Mes
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 30/12/2024	Fecha de Terminación: 29/01/2025

ESTADO FÍSICO: Hasta la fecha 29/01/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 100%, contra una programada de 100%.del Total

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	$ 5.101.960.00
Valor Ejecutado a la fecha:	$ 5.101.960.00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	$ 0
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960,00))
Saldo a favor del Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres:	$ 0

El Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres de Casanare pagará la totalidad del valor del contrato al contratista de la siguiente manera:

Un (1) pago, por mensualidad vencida, por un valor de CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960), previa presentación del informe de actividades por parte del contratista, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia y la aprobación por parte del supervisor del contrato, para un presupuesto total de CINCO MILLONES CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($5.101.960).

Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: AHORROS
	No. 0981628423
	BBVA

VoBo. _____

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

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

	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
Contrato Inicial	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	X.45.4503.1001.0000000000000.0.13310002.2.3.2.02.02.009.54	240102	27/12/2024	$ 5.101.960
	Registro Presupuestal	X.45.4503.1001.0000000000000.0.13310002.2.3.2.02.02.009.54	240090	27/12/2024	$ 5.101.960
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)

	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
Contrato Inicial	Numero de recibo	24041498		
	Fecha	27/12/2024	.	.
	Valor	$ 51.000.00		
Contrato Adicional	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	$	$	$

3. INFORMACIÓN DE PÓLIZAS (Diligenciar solamente si aplica)

VoBo. _____

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

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%	82752341	$ 1.361.000	$ 170.200	$ 170.200	Diciembre 2024	Sanitas
PENSIÓN	16%	82752341	$ 1.361.000	217.800	$ 217.800	Diciembre 2024	PORVENIR
ARL	**Nivel Riesgo:**	**No. Planilla:**	**Valor cancelado:**	**Entidad:**			
	I	82752341	$ 33.200	Positiva			

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5%	83626179	$ 2.040.800	$ 255.100	$ 255.100	Enero 2025	Sanitas
PENSIÓN	16%	836261791	$ 2.040.800	$ 326.600	$ 326.600	Enero 2025	PORVENIR
ARL	**Nivel Riesgo:**	**No. Planilla:**	**Valor cancelado:**	**Entidad:**			
	I	**83626179**	$ 10.700	Positiva			

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$ 5.101.960	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 presentan, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

GUILLERMO ALEXANDER VELANDIA GRANADOS
C.C.No.80.134.608 de Bogotá
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

GUILLERMO ALEXANDER VELANDIA GRANADOS
C.C.No.80.134.608 de Bogotá
Director Departamental de Gestión del Riesgo y Desastres
Decreto N° 004 del 02/01/2024
Contrato Objeto de Supervisión No. FGRDC-CDCPS-051-2024, Numero Interno 073 de 17 de noviembre 2024
Cláusula de Supervisión No. 13

Revisó: _____
Dercy Dayana García Ruiz
Técnico Contratada- FGRDC

VoBo. _____

Yopal, 30 de enero de 2025

Señores
GOBERNACIÓN DE CASANARE
Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare
La ciudad

REF. Declaración juramentada para la deducción de la retención en la fuente a personas naturales pertenecientes a la clasificación tributaria "rentas de trabajo" originadas en la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Yo **Nelson Andrés Santoyo Sastoque** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 1.019.006.510 de Bogotá, por medio de la presente, para dar cumplimiento a la ley 2277 del 2022 y el estatuto tributario nacional, CERTIFICO **QUE**:

1. Soy residente fiscal Colombiano.	SI	x	NO	
2, Mis ingresos percibidos por el FGRDC de Casanare en el año 2025 corresponden a rentas de trabajo.	SI	x	NO	
3. Soy responsable de IVA	SI		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 30-12-2024 y el 29-01-2025, 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 (Hasta 100 UVT mensuales - $4.979.900). Art *387 ET-DR 4713/05*	$
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales - $ 796.784). *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 ($1.593.568) *Art 387 ET.*

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.656.267	THOMAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	13
1.013.274.651	MATHIAS	SANTOYO	RODRIGUEZ	HIJO	11

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 ($15.786.283).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	$0
Aportes en cuentas AFC	$0

Y finalmente, informo que los servicios del Contrato No SECOP II FGRDC-CDCPSP-064-2024 Numero Interno 090 de 2024-12-27, fueron ejecutados en el municipio de Yopal, que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a las actividades realizadas, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE
C.C No. 1019006510 de Bogotá

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	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		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	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83626179	$592.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	255.100	0		0		0	0	0	0	255.100	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	326.600	0	0	0	0	0	0		326.600	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	10.700				10.700	0	0	10.700			107	10.700	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	255.100	255.100
Pensión	1	326.600	326.600
Riesgos Laborales	1	10.700	10.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	592.400	592.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE	CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		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	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83626179	$592.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
.	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
	CC	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	2.040.800	326.600	0	0	0	0	EPS005	2.040.800	255.100	14-23	2.040.800	1	10.700		0	0	0	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE		CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL		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	
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82752341	$421.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	170.200	0		0		0	0	0	0	170.200	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	217.800	0	0	0	0	0	0		217.800	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	33.200				33.200	0	0	33.200			332	33.200	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	170.200	170.200
Pensión	1	217.800	217.800
Riesgos Laborales	1	33.200	33.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	421.200	421.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019006510	NELSON ANDRES SANTOYO SASTOQUE		CALLE 8 N 13 47	3506328282	andres.santoyo.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL		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	
2024-12	2024-12	I	18/12/2024	82752341	$421.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
.	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
	CC	1019006510	SANTOYO SASTOQUE NELSON ANDRES	59	0			N																	230301	1.361.000	217.800	0	0	0	0	EPS005	1.361.000	170.200	14-23	1.361.000	3	33.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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