GOBIERNO DE CALDAS	COPIA CONTROLADA VERIFICACIÓN TRAMITE ANTE LA SECRETARÍA DE HACIENDA SIG	**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					
	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					

SECRETARIA DE HACIENDA
UNIDAD DE CONTABILIDAD
15 OCT 2025
8848

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, 14 de octubre de 2025
Número Radicado en SECOP: Contrato, Convenio, Proceso o Constancia Art 19 Decreto 1510/2013	CO1.PCCNTR.7364404 CD-SP-234-2025	Número Radicado Interno del Contrato:	30012025-0179
Numero de identificacion del contratista - NIT	1053817478-8	No. Ficha BPIN (**Solo para proyectos Regalias Anexar copia**)	202400000005497
CONTRATISTA	ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ		
CONTRATO CEDIDO A:			
CODIGO VIA		NOMBRE DE LA VIA	
Actividad Económica	8299	Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto del Contrato:	Prestación de servicios profesionales para acompañar a la secretaría de planeación departamental en articulación con la jefatura de control interno en el seguimiento y monitoreo a la administración del riesgo de la Gobernación de Caldas.		

Valor del Contrato	Valor Adición	Valor Anticipo
$ 66,000,000		

APORTANTES	%	VALOR	TIPO DE ENTIDAD
Aporte Departamento:	100%	$ 66,000,000	PUBLICA
Aporte Convenio No			
Aporte Convenio No			

Duración Contrato:	Fecha de Iniciación	2025/01/31
	Fecha de Terminación de ejecución	2025/12/30
	Prórrogas	

Nº PEDIDO - RPC	VALOR ORDENADO	AMORTIZACIÓN	VALOR NETO	FONDO
4500027150	$ 6,000,000		$ 6,000,000	0-0001
VALOR ACTA	$ 6,000,000	$ -	$ 6,000,000	

RESUMEN DEL CONTRATO			RESUMEN DEL ANTICIPO		
Valor del Contrato:		$ 66,000,000	Valor del Anticipo:		
Adición del Contrato					
Valor Acta Nro. 1	$ 6,000,000		Amortización Acta 1		
Valor Acta Nro. 2	$ 6,000,000		Amortización Acta 2		
Valor Acta Nro. 3	$ 6,000,000		Amortización Acta 3		
Valor Acta Nro. 4	$ 6,000,000		Amortización Acta 4		
Valor Acta Nro. 5	$ 6,000,000		Amortización Acta 5		
Valor Acta Nro. 6	$ 6,000,000		Amortización Acta 6		
Valor Acta Nro. 7	$ 6,000,000		Amortización Acta 7		
Valor Acta Nro. 8	$ 6,000,000		Amortización Acta 8		
Valor Acta Nro. 9	$ 6,000,000		Amortización Acta 9		
Valor Acta Nro. 10					
Saldo del Contrato:	$ 12,000,000		Saldo por Amortizar:		
SUMAS IGUALES	**$ 66,000,000**	**$ 66,000,000**	**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 articulo 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	OCTUBRE 2025

FACTURA EQUIVALENTE N.º 09

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	CRA 8 N° 67-10 CASA 271	
TELEFONO FIJO Y CELULAR	(606) 8737314-3022127480	
CORREO ELECTRONICO	anitamaria.0492@gmail.com	

POR CONCEPTO DE:

Prestación de servicios profesionales para acompañar a la secretaría de planeación departamental en articulación con la jefatura de control interno en el seguimiento y monitoreo a la administración del riesgo de la Gobernación de Caldas.

CONTRATO Prestación de Servicios Profesionales **No** 30012025-0179

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	VALOR EN LETRAS
$ 6.000.000	**SEIS MILLONES DE 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.

Manizales, 14 de octubre de 2025

SEÑORES
DEPARTAMENTO DE CALDAS
Secretaría de Hacienda Manizales

ASUNTO: Aportes a la Seguridad Social Integral

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

1. Que los pagos realizados por seguridad social integral: Salud, Pensión y Riesgos Laborales corresponden al aporte del mes de octubre del 2025

2. Que mediante planilla(s) No 34758644 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 30012025-0179.

Cordialmente,

ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ
Contratista
C.C No. 1053817478

Manizales, 14 de octubre de 2025

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:

		S I	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 2024.	X	

Esta certificación se expide a los (14) días del mes de octubre del dos mil veinticinco (2025)

Cordialmente,

FIRMA Ana María Gómez Muñoz

NOMBRES: 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 14 de octubre del año 2025.

Atentamente,

Ana María Gómez Muñoz

ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ
C.C 1.053.817.478 de Manizales

PLANILLA NRO. 34758644 Tipo I 2025 10 ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1053817478	ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ	ÚNICO	0	0	2025-10	2025-10	34758644		PRIVADA	1	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
COJ BELLA MONTANA TORRE 22 APAT 301	MANIZALES	1	CALDAS	17	8737314	0	ANITAMARIA.0492@GMAIL.COM	7490	0	1	2025-10-08	2025-11-21

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS010	800088702	300000	0	0	0	0	0	300000	0	0	0	300000	0	0	0	0	300000	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	384000	0	0	0	0	0	0	384000	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	12600	0	0	0	12600	0	0	12600	0	0	0	12600

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	384000
SALUD	300000
RIESGOS LABORALES	12600
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	696600