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		19 NOV 2025.			1649

GOBERNACIÓN DE CALDAS
SECRETARÍA DE HACIENDA
UNIDAD DE CONTABILIDAD

GOBIERNO DE CALDAS	ACTA RESUMEN Y ORDENACIÓN DEL GASTO No. 10	Código: FO-GD-02-018 Versión: 27 Fecha de Modificacion: 20/11/2021

SECRETARÍA	PLANEACION	FECHA ACTA	jueves, 13 de noviembre 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	$ 6,000,000		Amortización Acta 10		
Saldo del Contrato:	$ 6,000,000		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 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 2025

FACTURA EQUIVALENTE N.º 10

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, 13 de noviembre 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:

		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 2024.	X	

Esta certificación se expide a los (13) días del mes de noviembre del dos mil veinticinco (2025)

Cordialmente,

FIRMA Ana María Gómez Muñoz

NOMBRES: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

C.C No. 1.053.817.478

Manizales, 13 de noviembre 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 noviembre del 2025

2. Que mediante planilla(s) No 35002838 correspondiente al mes de noviembre 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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA MARIA GOMEZ MUÑOZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053817478
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-18
FECHA DE PAGO:	2025-11-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35002838
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35002838
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 300.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 384.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600	$ 12.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 696.600	$ 696.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/01/2026