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

Yopal, 17 de diciembre de 2025

Pago N° 1

Seleccione según corresponda

Contrato	X	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 0145 de 09/12/2025

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades	☐	Actas Parcial	☐	Acta de liquidación	X	Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha:	17/12/2025
Certificación	☐	Otro	☐	Cuál?							

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
Cc/Nit.	1.118.202.333	4	KIMBERLY CAROLINA SUAREZ GONZALEZ

2. Información General.

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

CPS	☐	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	☐	Suministro	X	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	☐	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	X
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		No. SECOP II FGRDC-MC-002-2025 y No. INTERNO 0145 de 2025							

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	FONDO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE			
Nombre del Proyecto:	Escribir Nombre de proyecto.			
Código Bpin Proyecto:	Digitar Código.			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
0145-2025	09/12/2025	11/12/2025	12/12/2025	N° 02 DOS DIAS
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS LOGISTICOS PARA LA CONMEMORACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DEL VOLUNTARIADO, DE QUIENES INTEGRAN LOS ORGANISMOS DE SOCORRO 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	X.02.45.4503.4503.2024005850028.0.1 33110801x.2.3.2.02.02.009.15	250193	01/12/2025	$35.000.000,00	250145	09/12/2025	$35.000.000,00
Rubro presupuestal 2			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Rubro presupuestal 3			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 1			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 2			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 3			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Otro			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Valor Total Contrato o Convenio (solo incluir Recursos de la Gobernación)							$39.752.800,00

f. Información Pago de Estampillas.

CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura	Estampilla Pro Adulto Mayor	Estampilla Pro Desarrollo	Estampilla Pro Deportes	Estampilla Pro Unitropico	Numero	Fecha

VoBo _____

	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor		
Vr. Total Inicial	$311.800,00					25043714	10/12/2025
Vr. Total Inicial		$935.300,00				25043715	10/12/2025
Vr. Total Inicial			$311.800,00			25043718	10/12/2025
Vr. Total Inicial				$779.400,00		25043716	10/12/2025
Vr. Total Inicial					$389.700,00	25043717	10/12/2025

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

Evento		Descripción de los amparos (ajuste según contrato)					
		Cumplimiento.	Buen manejo Anticipo	Pago de salarios, Prestaciones Sociales	Calidad del servicio.	Responsabilidad Civil.	Adicione conforme al contrato
		N° **57-46-10101051 80**	N° Póliza	N° Póliza	N° **57-46-101010 5180**	N° Póliza	N° Póliza
Contrato/convenio Inicial.	% - SMLV Desde. Hasta.	Porcentaje 10/12/2025 10/12/2025	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje 10/12/2025 10/12/2025	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje 29/04/2025 15/12/2025
Fecha de aprobación de la póliza		10/12/2025	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	10/12/2025	(dd/mm/aaaa)	30/05/2025
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV Desde. Hasta.	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(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)	
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)	
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)	
Prorroga N° 1	No. SECOP II FGRDC-MC-001-2025-NUMERO INTERNO 0063 DEL 2025	28/05/2025	Elija un elemento. 15 día(s)
Prorroga N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Tiempo Real Suspendido	N° mes(es) y N° día(s)		

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

Fecha Actual de Terminación:	16/06/2025

4. Estado Financiero.

a. Estado Financiero del contrato.

VoBo _____

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

		Pago Anticipado ☐			
Valor Ejecutado:	$35.000.000,00	Valor por Ejecutar:	$0,00	Valor no ejecutado:	$
Valor Amortizar:	$	Valor por Amortizar:	$	Total de Amortizaciones :	$
Descuento actual:	$		Total de Descuentos:	$	
Valor a facturar:	$35.000.000,00	Valor a pagar	$35.000.000,00		

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 N°	% desembolso o transferencia	Valor	Saldo por Desembolsar o Transferir.
$	1	%	$	$
	2	%	$	$
	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:	TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE ($35.000.000,00)

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta. (Forma en que se debe pagarse por fuente del rubro presupuestal)							
Fuente:	X.02.45.4503.4503.2024005850028.0.133110801x.2.3.2.02.02.009.15	Valor:	$35.000.000,00	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 segun minuta)
El FGRDC pagará al Contratista el valor del contrato de acuerdo a su disponibilidad presupuestal y de la siguiente manera: Un pago total del cien por ciento (100%) del valor del contrato, previa presentación de informe final de actividades por parte del contratista, la acreditación que se encuentran al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia y aprobación por parte del Supervisor del Contrato; suscripción de las actas de terminación y liquidación a satisfacción por parte del Supervisor del Contrato.

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 DE AHORROS	Tipo:		Entidad:	
N°:	91216223573	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	Bancolombia	Entidad Financiera		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta	(dd/mm/aaaa)	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 X	9495636836	$12.478.100	$1.559.700	$1.559.700	Diciembre-2025	NUEVA E.P.S.
PENSIÓN	16	9495636836	$12.478.100	$2.135.700	$2.135.700	Diciembre-2025	PORVENIR

VoBo _____

	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:	FIC Vr Cancelado
ARL	1	9495636836	$65.100	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$

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

b. 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: LILIA NELLY VARGAS	Contador T.P.178100-T	Fecha de Expedición: 16/12/2013

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

a. Balance financiero.

Fecha de Terminación Definitiva:	12/12/2025	Tiempo Real Ejecutado:	(2) dos dias

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldo no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
$35.000.000,00	$0.00	$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
N/A		
N/A		

8. 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?: si ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: si ☐ / No ☐

9. Información de retención de industria y comercio (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	$35,000.000,00	1%

10. Observaciones:

Use este espacio para realizar las aclaraciones y consideraciones que usted crea necesario

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

VoBo _____

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

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.

11. Firmas:

AUTORIZA

GUILLERMO ALEXANDER VELANDIA GRANADOS
N° CEDULA. 80.134.608
CARGO. Director Técnico de la Dirección de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare.
Decreto No. 004 del 02 de enero de 2024

SUPERVISOR

GUILLERMO ALEXANDER VELANDIA GRANADOS
N° CEDULA. 80.134.608
CARGO. Director Técnico de la Dirección de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare.
Decreto No. 004 del 02 de enero de 2024

Revisó
Nombre: Deroy Dayanna García
Cargo: Técnico Contrada

VoBo _____