Documento soporte de costos y gastos en operaciones con no obligados a expedir factura o documento equivalente

Artículo 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016 - Sustituido por el Decreto 358 de 2020

MUNICIPIO DE OPORAPA

NIT. 891.180.179-3

Dirección Calle 5 No 6-79

No. DS

Autorización de Numeración DIAN No 18764017046540 habilita desde la DS 2.251 hasta la DS 20.000
Vigencia 12 Meses

Fecha de Operación: 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

Vendedor o quien presta el servicio:			Nit:
ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS			**1.007.393.031**
Direccion:			Telefonos:
VEREDA SAN ROQUE			**3142101380**
CANTIDAD	**DETALLE**	**VR UNITARIO**	**VR TOTAL**
1	Valor correspondiente al cobro de los servicios prestados en el periodo comprendido durante el **02 DE SEPTIEMBRE AL 17 DE SEPTIEMBRE del 2026**, por concepto del contrato de prestación de servicios **Nº PSCD 036 - 2026**, cuyo objeto es:**"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIRECCION LOCAL DE SALUD PARA DIRIGIR, DIRIGIR ORIENTAR Y PLANIFICAR LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR LOS EJES PROGRAMATICOS (AMBIENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, NO TRANSMISIBLE, LABORAL, LABORAL NNA, TRATO DIGNO) DEL MUNICIPIO DE OPORAPA-HUILA"**	**$ 1.246.000**	**$ 1.246.000**
OBSERVACIONES	Favor consignar a la cuenta Ahorros [X] **Nº 439470074371 CUENTA DE AHORROS**	SUBTOTAL	$ 1.246.000
		RETEFUENTE	
		RETEICA	
		TOTAL	$ 1.246.000

Angie Paola Almario Rojas

ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE IVA

Angie Paola Almario Rojas

ELABORADO POR: ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS

Oporapa (H), 17 de septiembre de 2026

Señores

MUNICIPIO DE OPORAPA- HUILA

Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, **ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS** identificada con C.C. Nº **1.007.393.031** expedida en Oporapa - Huila, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI [.X] [.] NO

2. Que los ingresos correspondientes al Contrato N° PSCD 103 del primero (01) de abril al treinta (30) de abril de 2025, corresponde al concepto de:

[.X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)

[.] Cedula de Pensiones

[.] Cedula Dividendos y participaciones

3. BENFICIOS TRIBUTARIOS

3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%).

SI [.] NO [. X]

Angie Paola Almario Rojas

ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS

CONTRATISTA

CC. 1.007.393.031 expedida en Oporapa-Huila

(Oporapa-Huila)
17 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

Señores
ALCALDÍA MUNICIPIO DE OPORAPA- HUILA
Oporapa

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

De conformidad con el artículo 29 del decreto 836 de marzo 26 de 1991, que regula lo correspondiente al certificado de ingresos para personas independientes no obligados a declarar y que no requieren presentación ante la administración de impuestos, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de impuesto sobre la renta y complementarios por el año gravable 2025, de acuerdo a lo previsto en los artículos 592 a 594-3 del Estatuto Tributario, en atención a que no soy responsable del impuesto a las ventas (IVA), y que:

1. NO obtuve ingresos totales iguales o superiores a SESENTA Y MUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($69.718.600)
2. NO realicé consumos mediante tarjeta de crédito iguales o superiores SESENTA Y MUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($69.718.600)
3. NO realicé compras iguales o superiores a SESENTA Y MUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($69.718.600)
4. No tuve consignaciones bancarias iguales o superiores a SESENTA Y MUEVE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($69.718.600)
5. NO poseía un patrimonio bruto en el último día del año 2025 superior a DOSCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($224.095.500)

Nombre: Angie Paola Almario Rojas
C.C:10.07.393.031 Expedida en: Oporapa-Huila
Dirección: Vereda San Roque
Teléfono: 3142101380
Actividad económica: Apoyo Profesional
Valor ingresos totales recibidos $100.000
Valor patrimonio bruto $8.400.000

La información aquí reportada, se rinde bajo gravedad de juramento, la cual se considera prestada con la firma del presente escrito.

Cordialmente,

Angie Paola Almario Rojas
Angie Paola Almario Rojas
C.C. 10.07.393.031 de Nelva-Huila

Oporapa Huila, 17 de septiembre del 2026.

Doctora,
MARIA ISABEL SCARPETTA CLAROS
Directora Local de Salud
Alcaldía Municipal
OPORAPA Huila

ASUNTO: informe de ejecución de contrato de prestación de servicios apoyo de actividades de gestión en salud publica N.° **114-2026**, correspondiente al día **02 de SEPTIEMBRE AL 17 de SEPTIEMBRE DEL 2026**

Cordial saludo,

Comedidamente me permito presentar para su revisión y trámite de pago, del informe de actividades, en ejecución del contrato de prestación de servicios de la referencia, celebrado entre Municipio de OPORAPA **ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS** cuyo objeto es:

"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIRECCION LOCAL DE SALUD PARA DIRIGIR, DIRIGIR ORIENTAR Y PLANIFICAR LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR LOS EJES PROGRAMATICOS (AMBIENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, NO TRANSMISIBLE, LABORAL, LABORAL NNA, TRATO DIGNO) DEL MUNICIPIO DE OPORAPA-HUILA"

Atentamente:

Angie Paola Almario Rojas
ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS
1.007.393.031Oporapa Huila
Contratista

INFORME DE ACTIVIDADES AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N. 037-2026.

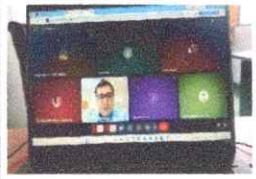
NÚMERO CONTRATO	114-2026
FECHA DEL CONTRATO	02 de septiembre del 2026.
TIPO	Contratación Directa
MODALIDAD	prestación de servicio de apoyo en los ejes programáticos de gestión en salud
CONTRATISTA	Angie Paola Almario Rojas
IDENTIFICACIÓN	1.007.393.031
FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA	24/09/2021
DIRECCIÓN	OPORAPA – HUILA
CELULAR	3142101380
CORREO ELECTRÓNICO	angiealmario11@gmail.com
OBJETO	**"PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA DIRECCION LOCAL DE SALUD PARA DIRIGIR, DIRIGIR ORIENTAR Y PLANIFICAR LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR LOS EJES PROGRAMATICOS (AMBIENTAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, NO TRANSMISIBLE, LABORAL, LABORAL NNA, TRATO DIGNO) DEL MUNICIPIO DE OPORAPA-HUILA"**
VALOR CONTRATO	SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 6.600.000) M/CTE
FORMA DE PAGO	Tres pagos mensuales cada uno por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.200.000) previa presentación de la cuenta de cobro correspondiendo a cada pago e informe de las actividades realizadas, con visto bueno del supervisor del contrato.
FECHA DE INICIO	02/09/2026
FECHA DE TERMINACIÓN	30/11/2026

INFORMACIÓN SOBRE ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En cumplimiento a lo estipulado en las clausula sexta, del contrato No. 114. de 2026, procedo a rendir informe de las obligaciones desarrolladas en cumplimiento del objeto del contrato en mención.

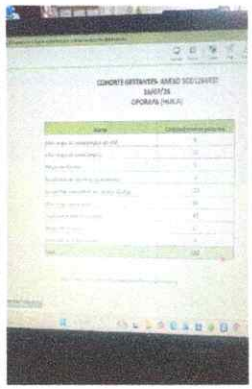
En el presente informe se plasma la relación de todas las acciones y documentos realizados en desarrollo del objeto del contrato.

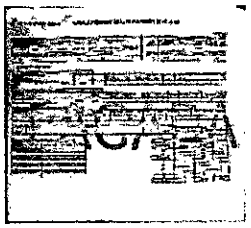
Obligación Contractual	**Actividades realizadas**	**Presenta evidencia**		**Evidencia presentada**
		SI	**NO**	

	1	Apoyar y acompañar técnicamente la realización de los diferentes comités que están a cargo de la dirección de local de salud.	Durante este periodo de tiempo no se realizaron comités.		X	N/A	
	2	Asistir a capacitaciones y convocatorias y/ o asistencias técnicas brindadas por la secretaria de salud departamental en relación (ejes: ambiental, salud sexual y reproductiva, no transmisible, laboral, trato digno)	Se participó en una capacitación virtual sobre el manejo y uso de la aplicación EpiCollect5, herramienta tecnológica destinada a facilitar la recolección y el reporte de información relacionada con eventos de interés en salud ambiental. Durante la jornada, se fortalecieron los conocimientos sobre el funcionamiento de la aplicación, su utilidad para el registro de información en campo y la importancia de realizar reportes oportunos y organizados de los casos relacionados con el ámbito ambiental.	X		 	

	3	Realizar apoyo a las actividades relacionadas para la prevención de eventos de interés en salud pública. Soporte de las actividades realizadas.	Se participó en la movilización comunitaria realizada en el municipio de Oporapa en el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, mediante un recorrido por el parque principal del municipio, acompañado de carteles con mensajes alusivos a la importancia del cuidado de la salud mental y la prevención del suicidio.	x			
	4	Apoyar a la dirección local de salud en recopilar y analizar la información recibida (mensual-trimestral) sobre las actividades en cumplimiento de los PASS.	Se participó en una reunión presencial con el referente de hábitos y estilos de vida saludable, propósito de abordar temas relacionados con la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el municipio. Durante el encuentro se realizó un intercambio de información y análisis sobre las acciones que se vienen desarrollando y	x			

			las estrategias que pueden fortalecerse desde los diferentes actores institucionales, promoviendo la articulación de acciones de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables.				
	5	Elaborar informes del área requeridos por la secretaria de salud departamental y diferentes entes de control, así como asistir a las actividades de la evaluación de trimestre programadas por la secretaria de salud departamental, entregando informes revisados y organizados previamente (Ejes: ambiental, salud sexual y reproductiva, no transmisible, laboral, trato digno.)	N/A		X	N/A	

	6	Rendir informes solicitados por la dirección local de salud, la secretaria departamental y las entidades del orden nacional que así lo requieran.	Se participó en una reunión virtual con representantes de diferentes municipios, en la cual se abordaron temas relacionados con la mortalidad materna y el análisis de casos presentados, permitiendo compartir información, experiencias y situaciones identificadas en los territorios. Durante el espacio se realizó la revisión y análisis de situaciones relacionadas con la atención materna, identificando aspectos relevantes para el seguimiento de los casos, las oportunidades de mejora y la articulación entre los diferentes actores involucrados en la atención en salud.	X			
	7	Realizar apoyo a la gestión en lo requerido por la dirección local de salud.	Participación en conmemoración sobre prevención de la conducta suicida.	X			

	8	Demostrar el pago de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) durante la ejecución del contrato.	Se anexa pago de seguridad social del mes de Septiembre	X		
	9	Prestar los servicios contratados de manera eficaz y oportuna, así como atender los requerimientos que sean efe4ctuados por el supervisor del contrato en desarrollo del objeto contractual.	Durante el periodo reportado se ejecutaron las actividades en cumplimiento del objeto contractual, prestando los servicios de manera eficaz y oportuna, y atendiendo de forma adecuada los requerimientos y lineamientos impartidos por el supervisor del contrato.		x	N/A
	10	Desempeñar las demás obligaciones que le sean asignadas por la supervisión y que en todo caso sean inherentes o que se deriven o tengan relación con la naturaleza del contrato.	Se da cumplimiento y se brinda apoyo a las actividades programadas.		X	N/A
	11	Presentar informe escrito pormenorizado de las actividades señalas dentro de contrato, lo cual se construye como requisito previo para la realización de pagos por parte del municipio.	Se presenta conforme a las actividades descritas en el contrato.		X	N/A

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Relación de pagos	Fecha dd/mm/aa	Valor antes de IVA	V. Ejecutado Incluido IVA	Saldo
Valor Contrato				$ 6.600.000
Valor Contrato Inicial	**Valor Adicional**	**Valor Total Contratado**	**Valor ejecutado**	**Valor no Ejecutado**
$ 6.600.000	$ 0	$ 6.600.000	$ 0	$ 6.600.000

SEGURIDAD SOCIAL
Planilla DE SEPTIEMBRE N°: 94712259
operador: miplanilla

ANEXOS:

Cuenta de Cobro
Evidencias del trabajo realizado
Informes de supervisión
Informe Contratista
Resumen Planilla Pago Seguridad Social mes de SEPTIEMBRE
Se adjunta copia del comprobante de pago de aportes al sistema de seguridad social (salud, pensión y ARL), correspondiente al periodo de septiembre del 2026

Angie Paola Almario Rojas

ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS
CC: 1.007.393.031
Contratista

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007393031	ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS	vereda San Roque	3142101380	angiealmario11@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	OPORAPA

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94712259	31/08/2026	1	0

PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-09	2026-09	I	$0	$508.300

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					
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1007393031	ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS	vereda San Roque	3142101380	angiealmario11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			HUILA	OPORAPA	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94712259	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NÓMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-09	2026-09	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Extranjero	Cotizante Exonerado	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1007393031	ALMARIO ROJAS ANGIE PAOLA	X				X																25-14	1.750.905	30	280.200	0		0	0	EPS042	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	III	2.200		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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS**, identificada con **CC** número **1007393031**, aportó por **ANGIE PAOLA ALMARIO ROJAS** identificado(a) con **CC** número **1007393031** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2026 de la siguiente forma.

CÓDIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E T	T D P	T A E	T A P	V S P	V S T	S A N	I G E	T D A	V A C	A V P	V C T	V R P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERA
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57	X													0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Septiembre - 2026	94712259	31/08/2026	NO
EPS042	EPS COOSALUD	57	X													0		30	$1,750,905	0.12500	$218,900	$0	$0	Septiembre - 2026	94712259	31/08/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57	X													0		30	$1,750,905	0.00522	$9,200	$0	$0	Septiembre - 2026	94712259	31/08/2026	NO

María Isabel S.

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Septiembre** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.