

4443



VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

GOBERNACIÓN DE CASANARE
OFICINA JURÍDICA - ARCHIVO

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

CIBIDC *e. Marala*
24/4/26

Yopal, 14 de abril de 2026

Pago N° 4

Seleccione según corresponda

Contrato	☒	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 2148 de 08/09/2025
----------	-------------------------------------	----------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades	☐	Actas Parcial	☒	Acta de liquidación	☐	Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha: 14/04/2026
Certificación	☐	Otro	☐	¿Cuál?						

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
Nit.	901902595	1	ZZZ ZOE UT

2. Información General.

a. Tipo de Contrato.

CPS	☒	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	☐	Suministro	☐	Compra Venta	☐
Otro	☐	¿Cuál?									

b. Clase de Convenio. (Seleccionar, si es un convenio)

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	☐	Otro	☐
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------	--------------------------

c. Modalidad de Selección.

Licitación Publica	☐	Selección Abreviada con subasta inversa	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	☐
Otro	☒	¿Cuál?	Tienda Virtual						
Número del proceso			Orden de Compra No. 151404 de 08-09-2025 Contrato de Prestación de Servicios SECOP II CAS- OAJ- TVEC-0008 - 2025 Y No. Interno 2148 de 2025						

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	SECRETARIA DE EDUCACIÓN			
Nombre del Proyecto:	ADMINISTRACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO EN LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE.			
Código Bpin Proyecto:	2024005850037			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
2148-2025	08/09/2025	16/09/2025	15/12/2025	3 (meses)
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES DE ASEO Y CAFETERIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES NO CERTIFICADOS EN EDUCACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DE: AGUAZUL, CHAMEZA, HATO COROZAL, LA SALINA, MANI, NUNCHIA, PAZ DE ARIPORE, PORE, RECETOR, SABANALARGA, SACAMA, SAN LUIS DE PALENQUE, TAMARA Y TRINIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE, QUE COMPONEN LA ZONA DE COBERTURA 16.			

e. Información presupuestal.

Concepto	Fuente	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			Registro Presupuestal		
		N°	Fecha	Valor	N°	Fecha	Valor
Rubro presupuestal	5.E2.22.2201.0700.2024005850 037.220901.124101.2.3.2.02.02.009.04	2503118	14/08/2025	\$1.012.671.988,88	25002148	08/09/2025	\$1.011.759.703,83
Rubro presupuestal Adicional 1	5.E2.22.2201.0700.2024005850 037.220901.124101.2.3.2.02.02.009.04	2504838	12-12-2025	\$24.509.921,61	25002148	13-12-2025	\$24.509.921,61
Adicional 2	5.E2.22.2201.0700.2024005850 037.220901.124101.14.2.3.2.02.02.009.04	2600670	16/01/2026	\$504.786.710,44	26002148	17/01/2026	\$504.786.710,44
Otro			(dd/mm/aaaa)	\$		(dd/mm/aaaa)	\$
Valor Total Contrato o Convenio							\$ 1.541.056.335,88



VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

f. Información Pago de Estampillas.

Concepto	Estampilla Pro- cultura Cód: 130588001 Valor	Estampilla Pro- Adulto Mayor Cód: 130588002 Valor	Estampilla Pro- Desarrollo. Cód: 130588003 Valor	Tasa Pro- Deporte Cód: 131101005 Valor	Estampilla Pro- Unitrópico Cód:130588005 Valor	Impuesto de Timbre Cód:243698001 Valor	Número NC	Fecha
Valor	\$904.200,00	\$2.712.500,00	\$904.200,00	\$2.260.400,00	\$1.356.200,00	\$5.145.000,00	25032461 25032462 25032465 25032463 25032464 25032992	11-09-2025 10-09-2025 10-09-2025 11-09-2025 10-09-2025 16-09-2025
Valor adicional 1	\$21.900,00	\$65.700,00	\$21.900,00	\$54.800,00	\$32.900,00		25046247 25046243 25046246 25046244 25046245	24-12-2025 24-12-2025 24-12-2025 24-12-2025 24-12-2025
Valor adicional 2	\$449.700,00	\$1.349.300,00	\$449.700,00	\$1.124.300,00	\$674.600,00		26000486 26000490 26000489 26000487 26000488	27-01-2026 27-01-2026 27-01-2026 27-01-2026 27-01-2026

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° 60-40-10106212	N° 60-40-10106212	N° 60-40-10106212	N° 60-40-10106212	N° 60-40-101007371	N° Póliza
Contrato/convenio Inicial.	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	08-12-2026	(dd/mm/aaaa)	08-12-2028	08-12-2026	08-12-2025	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		11-09-2025	(dd/mm/aaaa)	11-09-2025	11-09-2025	11-09-2025	dd/mm/aaaa
Otros/ N° 1	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	dd/mm/aaaa	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	08-12-2026	(dd/mm/aaaa)	08-12-2028	08-12-2026	dd/mm/aaaa	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		31-10-2025	(dd/mm/aaaa)	31-10-2025	31-10-2025	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Acta de Inicio N° 1	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	15-12-2026	(dd/mm/aaaa)	15-12-2028	15-12-2026	15-12-2025	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		31-10-2025	dd/mm/aaaa	31-10-2025	31-10-2025	31-10-2025	dd/mm/aaaa
Adición N° 1	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	dd/mm/aaaa	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	15-12-2026	(dd/mm/aaaa)	15-12-2028	15-12-2026	dd/mm/aaaa	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		18-12-2025	dd/mm/aaaa	18-12-2025	18-12-2025	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Prorroga N° 1	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	23-01-2027	(dd/mm/aaaa)	23-01-2029	23-01-2027	23-01-2026	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		18-12-2025	dd/mm/aaaa	18-12-2025	18-12-2025	18-12-2025	dd/mm/aaaa
Prorroga N° 2	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)
	Hasta.	26-02-2027	(dd/mm/aaaa)	26-02-2029	26-02-2027	26-02-2026	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		10-02-2026	dd/mm/aaaa	10-02-2026	10-02-2026	10-02-2026	dd/mm/aaaa
Prorroga	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)	08-09-2025	08-09-2025	08-09-2025	(dd/mm/aaaa)

Marcelo
24/4/20

4744

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS
Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOSFO-AB-20
08-05-2020
V. 05

N° 3	Hasta.	10-03-2027	(dd/mm/aaaa)	10-03-2029	10-03-2027	10-03-2026	(dd/mm/aaaa)
Digite el Evento							
Fecha de aprobación de la póliza		05-03-2026	dd/mm/aaaa	05-03-2026	05-03-2026	05-03-2026	dd/mm/aaaa

3. Información de suspensión, Ampliación a la suspensión, Prorroga y Reinicio.

Concepto	Número documento	Fecha	Tiempo Documento
Suspensión N° 1		26/12/2025	N° mes(es) y 18 día(s)
Ampliación a la suspensión N°.		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N° 1		13/01/2026	
Reinicio N°.		(dd/mm/aaaa)	
Prorroga N° 1		12/12/2025	N° mes(es) y 15 día(s)
Prorroga N° 2		21/01/2026	1 mes(es) y 10 día(s)
Prorroga N° 3		24-02-2026	N° mes(es) y 14 día(s)
Tiempo Real Suspendido	N° mes(es) y 18 día(s)		

Fecha Actual de Terminación:

10/03/2026

4. Estado Financiero.

a. Estado Financiero del contrato.

Valor Total del Contrato:	\$1.452.628.536,55	Seleccionar según forma de pago	\$	Total de Anticipos Girados:	\$
Valor Ejecutado:	\$843.447.157,57	Anticipo		Valor no ejecutado:	\$
Valor Amortizar:	\$	Pago Anticipado ☐		Total de Amortizaciones:	\$
Descuento actual:	\$	Valor por Ejecutar:	\$609.181.378,98	Total de Descuentos:	\$
Valor a facturar:	\$170.115.473,17	Valor por Amortizar:	\$		
		Valor a pagar	\$170.115.473,17		

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.

El siguiente cuadro de información remite en orden a los Desembolsos y Transferencias de la Gobernación de Casanare:					
Aportes Gobernación		Desembolsos o transferencias			Saldo por Desembolsar o Transferir.
		N°	% desembolso o transferencia	Valor	
\$		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:	CIENTO SETENTA MILLONES CIENTO QUINCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON DIECISIETE CENTAVOS (\$170.115.473,17) M/CTE.
----------------	--

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta. (Forma en que se debe pagarse por fuente del rubro presupuestal)

Fuente:	5.E2.22.2201.0700.2024005850037.220901.124101.2.3.2.02.02.009.04	Valor:	\$170.115.473,17	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

El Departamento cancelará el valor total del contrato que llegare a celebrarse al contratista seleccionado así: Se pagaran las actas parciales mensuales y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato, previa presentación de la factura de ley, informe de actividades que será presentada al supervisor los primeros cinco días después de la fecha de cumplimiento para revisión y autorización de orden de pago, verificación de las certificaciones digitales emitidas por los rectores de las Instituciones Educativas donde se indique la prestación del servicio del personal, informe por parte de la supervisión, acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social integral en salud – pensión – ARL, parafiscales (ICBF, SENA, caja de compensación familiar). Para efectos del último pago, además de los requisitos anteriores, deberá suscribir la respectiva acta de liquidación acompañado de los soportes de pago de la correspondiente liquidación de prestaciones sociales y pago de salarios y paz y salvos del personal vinculado para la ejecución del contrato. Los pagos estarán a cargo del siguiente rubro presupuestal: 5.E2.22.2201.0700.2024005850037.220901.124101.2.3.2.02.02.009.04 SERVICIO DE ASEO Y ADMINISTRATIVOS I.E SED

Nota. En todo caso, se deberá tener en cuenta lo estipulado en la cláusula 11 del Acuerdo Marco de Precios.

Cuenta Autorizada (Transferencias, pagos anticipados, anticipos, pagos parciales, liquidación, Otros)



VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20

08-05-2020

V. 05

Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pagos anticipados/anticipos)		Contrato de fiducia	
Tipo:	CUENTA AHORROS	Tipo:		Entidad:	
N°:	001600145476	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	Davivienda	Entidad Financiera:		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta		Nit:	

6. Pagos de Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales. (Diligenciar las casillas que apliquen y agregue filas de acuerdo con 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 x 0,4 □	9495812124	\$140.926.500	\$5.643.000	\$5.643.000	Diciembre -2025	Capresoca Nueva E.P.S Nueva EPS Movilidad Sanitas
PENSIÓN	16	9495812124	\$139.503.000	\$22.324.500	\$22.324.500	Noviembre -2025	Colfondos Colpensiones Porvenir Protección
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:	FIC Vr Cancelado		
		9495812124	\$1.787.000	Sura	\$		

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación			
Valor Cancelado	\$	\$	\$5.624.000

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12,5 x 0,4 □	9497648144	\$81.851.250	\$3.231.900	\$3.231.900	Enero - 2026	Capresoca Nueva E.P.S Nueva EPS Movilidad Sanitas
PENSIÓN	16	9497648144	\$81.139.500	\$12.984.900	\$12.984.900	Diciembre - 2025	Colfondos Colpensiones Porvenir Protección
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:	FIC Vr Cancelado		
		9497648144	\$1.165.700	Sura	\$		

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación			
Valor Cancelado	\$	\$	\$3.756.700

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:	Ana Felisa Blanco Vargas Contador ZZZ ZOE UT TP No. 252188-T	Fecha de Expedición: 18/02/2026
-----------------------------	--	---------------------------------

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:		(dd/mm/aaaa)	Tiempo Real Ejecutado:		N° meses y N° días
Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldos no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
\$	\$	\$	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)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental		
N°	Fecha de expedición	Valor Total

4745



VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS

GOBERNACIÓN DE CASANARE
OFICINA JURIDICA - AROCA

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

RECIBIDO
14/4/26

8. Sanciones y/o multas.

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Selección	N° ____ de ____	\$	Si ☐ No ☐	N° ____ Fecha de pago: Seleccione fecha ¿Deducir en el presente pago?: si ☐ / No ☐

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

PERIODO		1 de diciembre al 30 de diciembre de 2025	
AIU BASE DE RETENCION		\$ 15.158.987,77	
ITEM	MUNICIPIO	PORCENTAJE DE PARTICIPACION %	BASE ICA
1	AGUAZUL	20%	\$ 3.031.797,55
2	CHAMEZA	1%	\$ 151.589,88
3	HATO COROZAL	14%	\$ 2.122.258,29
4	LA SALINA	2%	\$ 303.179,76
5	MANÍ	10%	\$ 1.515.898,78
6	NUNCHÍA	6%	\$ 909.539,27
7	PAZ DE ARIPORO	24%	\$ 3.638.157,06
8	PORE	6%	\$ 909.539,27
9	RECETOR	1%	\$ 151.589,88
10	SABANALARGA	2%	\$ 303.179,76
11	SÁCAMA	1%	\$ 151.589,88
12	SAN LUIS DE PALENQUE	1%	\$ 151.589,88
13	TÁMARA	3%	\$ 454.769,61
14	TRINIDAD	9%	\$ 1.364.308,90
TOTAL		100,00%	\$ 15.158.987,77

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, y en cumplimiento de las funciones de supervisor, CERTIFICO el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones del contratista. Una vez verificada, corroborada y avalada la información soporte por parte del supervisor, la Secretaria de Educación procede a AUTORIZAR el trámite de pago. Nota: El supervisor y/o interventor asegura la entrega de los documentos requeridos y que son soporte del presente formato a la Secretaria de Hacienda del Departamento de Casanare.

11. Firmas:

AUTORIZA

DIEGO FERNANDO ARDILA PLAZAS
C.C. No. 1.118.545.389 de Yopal
Secretario de Educación Departamental
Decreto 001 de 01/01/2024

SUPERVISOR

DORIS PATRICIA RICO AGUIRRE
C.C. No. 39.760.944 de Bogotá
Directora Administrativa SED
Decreto 390 de 06-12-204
Supervisora según Cláusula Decima Primera
del C.P.S. No.2148-2025

INTERVENTOR

NOMBRE COMPLETO
N° Cedula
Cargo.

Elaboro: María C Gaona – Profesional contratado SED

Reviso: Bernardino Álvarez Salcedo, Profesional Contratado SED

Revisó: Sandra Isabel Colina – Profesional de Apoyo contratado SED