**DEVOLUCIÓN DEL IVA**

**PARA ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA COLOMBIA MAYOR**

**Pasto, 2 de diciembre de 2020.** El programa “Devolución del IVA”, beneficia a 4.249 adultos mayores del municipio de Pasto, los cuales fueron seleccionados por encontrarse inscritos en la lista de espera del Programa Colombia Mayor (Subsidio económico).

Por lo tanto, la Secretaria de Bienestar Social, informa que, la nómina 1, 2, 3 y 4 del programa en mención, la cual se cancela por un valor de 75 mil pesos, cada dos meses, se cerró el 30 de noviembre de 2020 y actualmente se esperan nuevas instrucciones del orden Nacional.

Sin embargo, se hace un llamado especial a consultar el siguiente link para conocer si es beneficiario y las nóminas pendientes por cobrar:

**Link:** https://sispasto.pasto.gov.co/devolucionivacm/consulta.php

* En el caso de presentar dudas e inquietudes pueden consultar la información de Devolución IVA, al siguiente correo electrónico

[locampo@fiduagraria.gov.co](mailto:locampo@fiduagraria.gov.co)

* **Para mayor información comunicarse a las líneas telefónicas habilitadas por la Secretaría de Bienestar Social – Alcaldía de Pasto** (Comunicarse en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 m.d. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m.)**:**
* 3174467443
* 3162545161
* 3207253594
* 3184767555
* 3162545161
* 3107176312
* 3185160469
* 3188212889
* 3115343401
* 3137137304
* 3154973896
* 3205450855
* **ÚNICOS PUNTOS DE PAGO HABILITADOS PARA EL COBRO DEL IVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **EFECTY** | **DIRECCION** |
| PASTO LAS AMÉRICAS | CRA 19 # 14 – 21 |
| PASTO AV PANAMERICANA | CL 2 # 33 – 03 |
| PASTO CENTRO Calle 20 I | CL 20 # 25 – 10 |
| PASTO TERMINAL | KR 6 # 16 B - 50 LC 120 |
| PASTO CENTRO PLAZA NARIÑO | CALLE 18 # 24-07 |
| PASTO AV. DE LOS ESTUDIANTES | CALLE 20 # 35 - 15 LOCAL 2 |
| PASTO CATAMBUCO II | KR 5 # 4 - 46 CG CATAMBUCO |
| PASTO UNIVERSIDAD MARIANA | CL 18 # 34 - 45 B MARIDIAZ |
| PASTO PLAZA CARNAVAL | CRA 20 No 18 34 |
| PASTO CORREGIMIENTO EL ENCANO | BR LA LIBERTAD CS 85   AVENIDA ENCANO |
| PASTO CENTRO COMERCIAL BOMBONA | CL 14 # 29 - 11 LC 1 |
| PASTO SAN ANDRESITO SUCURSAL | CL 15 # 22 A – 91 |

* **RECUERDE QUE PARA COBRAR LA DEVOLUCIÓN DEL IVA, TAMBIÉN LO PUEDE HACER UN TERCERO (VER MODELO DE FORMATO A PARTIR DE LA PÁGINA 3)**
* **¿PARA QUIENES NO SE ENCUENTREN EN PASTO, CÓMO PUEDEN COBRAR EL SUBSIDIO DEL IVA? (ver modelo de formato en la página 4).**

Es importante dar a conocer que, el Departamento Nacional de Planeación, dio instrucciones para que los beneficiarios de la devolución del IVA, que por razones de la cuarentena se encuentren temporalmente ubicados en un Municipio diferente a su lugar de residencia, soliciten expresamente el cambio de punto de pago.

En este sentido, al final del documento se dispone del formato que debe ser diligenciado en su totalidad por el beneficiario, firmado y enviado por este medio al correo electrónico [xrincon@fiduagraria.gov.co](mailto:xrincon@fiduagraria.gov.co) para que se proceda al cambio de punto de pago, y de esta manera, pueda realizar el cobro en la ciudad donde se encuentra en el momento.

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

EFECTY

Entidad Pagadora

Ciudad

REF: Autorización a terceros

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del presente escrito manifiesto a ustedes que AUTORIZO a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; para que en mi nombre y representación, reclame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agradeciendo la atención que merezca la presente.

**Autorizó**:

Firma Adulto Mayor

Huella Índice Derecho

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C­:

Firma Autorizado

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C­:

Revisó: ALVARO JAVIER ZAR

Ciudad y Fecha

Señores

**Unidad de Gestión COMPENSACION DEL IVA**

**Fiduagraria S.A.**

Bogotá.

**REFERENCIA**: Solicitud temporal de pago del beneficio del Programa Compensación del IVA en municipio diferente al de residencia por efectos de laCuarentena Nacional decretada por el Gobierno Nacional.

Atento saludo.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombres u Apellidos Completos), identificado con la cédula de ciudadanía No.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficiario del Programa Compensación del IVA, comedidamente me permito solicitar se me autorice el cobro del beneficio en forma temporal en un sitio diferente al del municipio donde resido, debido a que por efectos de la Cuarentena decretada por el Gobierno Nacional esta empezó a regir cuando me encontraba en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, donde resido por esta circunstancia temporal en la actualidad.

Estoy ubicado en la (Dirección) en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y me pueden ubicar en el teléfono (Celular o fijo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y al correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información que he suministrado es verdadera y que el trámite que en tal sentido llegare a efectuar la Administradora Fiduciaria estará amparado por el Principio de la Buena Fe dadas las condiciones extraordinarias citadas.

Por lo anterior, declaro así mismo que en el evento en que se llegare a establecer que lo aquí informado no es verdad y que en la actualidad no cumplo los requisitos definidos para ser beneficiario del programa de Compensación del IVA, procederé a efectuar la devolución de los subsidios que no tenía derecho a recibir o que estos se compensen de alguna suma que se me adeudare por este u otros conceptos.

Declaro también, que llegado el caso de no cumplir con la devolución, soy consciente que la Administradora Fiduciaria pondrá poner en conocimiento de las autoridades judiciales los hechos respectivos, para que se adelanten las investigaciones y del ser el caso, se impongan las sanciones penales y pecuniarias a que haya lugar.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Firma)**

**CC**

Huella Índice Derecho

Huella Índice Derecho

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

EFECTY

Entidad Pagadora

Ciudad

REF: Autorización a Terceros

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a)

con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del

presente escrito manifiesto a ustedes que AUTORIZO a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con

C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; para que en mi

nombre y representación, reclame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agradeciendo la atención que merezca la presente.

**Autorizó:**

Firma Adulto Mayor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C:

Firma Autorizado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C: