

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa) 31/10/2017

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Table with columns: CONTRATO No: 146, SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa): 18/04/2017, RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: MABEL CASAS CARO, C.C./NIT / RUT No: 52.388.233

TIPO DE CONTRATO: [X] PREST. DE SERV. PROFESIONALES [] PRES. DE SERV. DE APOYO A LA GESTIÓN [] CONSULTORÍA

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública, para identificar y documentar los trámites asociados a la implementación del Acuerdo de Paz, apoyar la estructuración de los instrumentos jurídicos por los cuales se defina su reglamentación, proponer y acompañar la implementación de acciones de simplificación normativas sobre trámites del Acuerdo y sobre otros trámites de alto impacto priorizados por la Función Pública.

FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa) 18/04/2017
FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa) 22/12/2017

GARANTÍAS

Table with columns: AMPAROS, VALOR ASEGURADO (\$), VIGENCIA DE LOS AMPAROS (DESDE, HASTA)

Póliza No. Expedida por:

Fecha de aprobación de la(s) póliza(s):

FORMA DE PAGO

[X] MENSUALIDADES VENCIDAS [] OTRA (INDIQUE CUAL):

Table with columns: REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No., FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa), VALOR (VIGENCIA), TOTAL

INFORMACIÓN DEL PAGO CERTIFICADO

Table with columns: RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO, APROPIACIÓN PRESUPUESTAL INICIAL, FACTURA No., EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa), VALOR FACTURA (INCL. IVA), SUBTOTAL PAGOS ACUMULADOS, PERÍODO CERTIFICADO, SALDO POR EJECUTAR

EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERÍODO CERTIFICADO

Table with columns: ASPECTOS A EVALUAR, EXCELENTE (100), BUENO (90), REGULAR (75), DEFICIENTE (60)

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERÍODO CERTIFICADO? [X] SÍ [] NO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, DEBERÁ SUSTENTAR, LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA RECOMENDACIÓN Y PROMOVER A LAS ACCIONES A QUE HAYA LUGAR.

Anexos verificados por el supervisor:

Factura [X] SÍ [] NO [] NA Otros (indique cual):
Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación [X] SÍ [] NO [] NA
Informe de Gestión / Productos encomendados. [X] SÍ [] NO [] NA

Table with columns: SUPERVISOR DEL CONTRATO (Nombre: Lina Moncaleno, Cargo: Asesora Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano, Firma: Lina Moncaleno), OBSERVACIONES

EVALUACIÓN FINAL DEL CONTRATISTA

Table with columns: SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PERÍODOS Y/O PAGOS CERTIFICADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, No. DE PAGOS Y/O PERÍODOS CERTIFICADOS, CALIFICACIÓN FINAL, #DIV/DI, RANGOS: EXCELENTE 91 a 100, BUENO 76 a 90, REGULAR 61 a 75, DEFICIENTE inferior a 60, #DIV/DI

Handwritten signature

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Identificado (a):	NIT:	<input type="checkbox"/>	CC:	<input checked="" type="checkbox"/>	CE:	<input type="checkbox"/>	NP:	<input type="checkbox"/>	NIP:	<input type="checkbox"/>	Número:	52388233	D.V.	0
-------------------	------	--------------------------	-----	-------------------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	---------	----------	------	---

Teléfono (s): 6167524 No. de FAX _____
 Celular No.: 3164699586 Celular No.: _____
 Dirección: Calle 95 N 45 A 40 Interior 7 apartamento 603
 Correo Electrónico (E-mail): mabelcasascaro@gmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica Persona Natural y Declarante de Renta No declarante de Renta

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior. Si: No:

b.) Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 4.073 UVT's o \$ 121.183.969 Si: No:

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato No. 146 de Fecha: 18/04/2017 suscrito con el Departamento Administrativo de la Función Pública, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado pagada.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
EPS	22244531	septiembre	2017	\$372.300,00
PENSIÓN		septiembre	2017	\$476.500,00
ARP		septiembre	2017	\$15.600,00

a) Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotización, excede el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes: Si: No:

b) Que el ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios por cuenta y riesgo del o los contratantes. Artículo 329 del E.T. adicionado por el Art 10 de la Ley 1607 de 2012. Si: No:

Nota: Diligencie el ítem 2 si su respuesta es "SI". De acuerdo a lo establecido en el parágrafo 3 del Dto. 0099 de 2013.

2. Solicitud Deducciones del Artículo 387 del E.T. y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013.

c) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1. Si: No:

d) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito. Si: No:

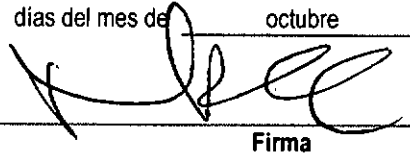
e) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. Si: No:

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

Se firma a los 31 días del mes de octubre del año 2017



Firma



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52388233	MABEL ADRIANA CASAS CARO	CALLE 95 N 45 A 40 INTERIOR 6 APTO 102	6350471	mabelcasascaro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD						
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017	I	27/09/2017	Z2244531	\$866.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacitados		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	387.500			0	0	0	15	5.800		373.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	470.400	0	0	0	0	19	7.400	0	477.800	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 Satdo a Favor	Valor Satdo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153-8	15.400				15.400	15	300	15.700			154	15.700	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	387.500	373.300
Pensión	1	470.400	477.800
Riesgos Laborales	1	15.400	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	853.300	866.800

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52388233	MABEL ADRIANA CASAS CARO		CALLE 95 N 45 A 40 INTERIOR 6 APTO 102	8350471	mabelcasascaro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
9	2017	9	2017	I	27/09/2017	22244531	\$866.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN MOVIDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Cál. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo personal de solidaridad	Fondo personal de subsistencia	Cál. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cál. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SERA	Aporte ICBF	Aporte ISAP	Aporte MEN
1	CC	52388233	CASAS CARO	MABEL ADRIANA	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	230301	2.840.000	470.400	0	0	0	0	EP3044	2.840.000	367.500	1420	2.840.000	1	15.400	0	0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

22244531

24283892

ORGANISMO NACIONAL DEL ESTABLECIMIENTO REEV.

960329 04264

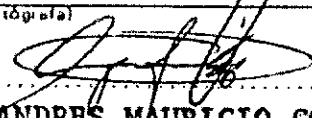
OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaria, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.) NOTARIA CUARENTA Y OCHO (48) -	4 Municipio y Departamento SANTAFE DE BOGOTA - - - -	5 Código 1052.
------------------------	---	--	--------------------------

SECCION GENERICA

INSCRITA	6 Primer apellido GOMEZ - - - -	7 Segundo apellido CASAS - - - -	8 Nombres SERGIO MARCELO - - - -
SEXO	9 ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO MASCULINO - - - -		10 Día 29
			11 Mes MARZO - - - -
			12 Año 1996.
LUGAR DE NACIMIENTO	13 País COLOMBIA - - -	14 Departamento CUNDINAMARCA-	15 Municipio SANTAFE DE BOGOTA - -

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	16 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento CLINICA REINA SOFIA - - - -	17 Hora 18:25	
	18 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta paritóg, etc.) CERTIFICADO MEDICO - - - -	19 Nombre del profesional que certificó el nacimiento Dr. JOSE L. DUQUE ACOSTA - -	20 No. licencia 9699 -
MADRE	21 Apellidos (de soltera) CASAS CARO - - - -	22 Nombres MABEL ADRIANA - - - -	23 Edad en años al momento del nacimiento 18
	24 Identificación (clase y número) C.C. # 52'388.233 DE SANTAFE DE BOGOTA COLOMBIANA	25 Nacionalidad COLOMBIANA	26 Profesión u oficio ESTUDIANTE -
PADRE	27 Apellidos GOMEZ SCHOTBORGH - - - -	28 Nombres ANDRES MAURICIO - - - -	29 Edad en años al momento del nacimiento 21
	30 Identificación (clase y número) C.C. # 79'780.015 DE USAQUEN (Bogotá) COLOMBIANA	31 Nacionalidad COLOMBIANA -	32 Profesión u oficio ESTUDIANTE -

DENUNCIANTE	33 Identificación (clase y número) C.C. # 79'780.015 DE USAQUEN (Bogotá) -	34 Firma (autógrafa) 
	35 Dirección postal Calle 96 # 28-40 int 6 Apto 102-	36 Nombre ANDRES MAURICIO GOMEZ SCHOTBORGH
TESTIGO	37 Identificación (clase y número)	38 Firma (autógrafa)
	39 Domicilio (Municipio)	40 Nombre
TESTIGO	41 Identificación (clase y número)	42 Firma (autógrafa)
	43 Domicilio (Municipio)	44 Nombre
FECHA DE INSCRIPCIÓN	16 (Fecha en que se sienta este registro)	
	45 Día 12	46 Mes ABRIL - - - -
	47 Año 1996.	48 Nombre del funcionario que autorizó el registro CONSUELO AMAYA
		49 Nombre del funcionario que autorizó el registro CONSUELO AMAYA



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

20 MAY 2016

REGISTRO CIVIL, NO
SOLICITUD DE ATENCIÓN
LEY 962 DE 2005

reav-
NUIP # 1.001.200.063
NUIP - AYP-0250681

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 33188238

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura Notaría Número 48 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A Y F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido GOMEZ * * * * * Segundo Apellido CASAS * * * * *

Nombre(s) MARIA JULIANA * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2001 Mes MAY Día 23 Sexo (en letras) FEMENINO * * * * * Grupo sanguíneo A Factor RH (+)

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DEL COUNTRY * * A3047741 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos CASAS CARO MABEL ADRIANA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 52'388.233 DE BOGOTA * * * * * Nacionalidad COLOMBIANA * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GOMEZ SCHOTBORGH ANDRES MAURICIO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 79'780.015 DE SANTA FE DE BOGOTA * * * * * Nacionalidad COLOMBIANA * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GOMEZ SCHOTBORGH ANDRES MAURICIO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 79'780.015 DE SANTA FE DE BOGOTA * * * * * Firma X Andres H. Gomez Schotborgh

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma * * * * *

Fecha de inscripción Año 2001 Mes JUN Día 04 Nombre y firma del funcionario que autoriza MIGUEL ANGELO DIAZ TELLEZ

Reconocimiento paterno Nombre y firma del declarante ante quien se hace el reconocimiento

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO

MIGUEL ANGELO DIAZ TELLEZ

Notario Cuarenta y Ocho (48) de Bogotá D.C.

09 MAY 2011
ESTE REGISTRO CIVIL MZ
TIENE TERMINO DE VIGENCIA
ART. 21 DE LA LEY 962 DE 2005

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Presentación de Informes de Contratistas
Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo a la Gestión

Informe 04 de actividades

Contrato No. 146 del año 2017

Objeto del Contrato: Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública, para identificar y documentar los trámites asociados a la implementación del Acuerdo de Paz, apoyar la estructuración de los instrumentos jurídicos por los cuales se defina su reglamentación, proponer y acompañar la implementación de acciones de simplificación normativas sobre trámites del Acuerdo y sobre otros trámites de alto impacto priorizados por la Función Pública.

Periodo reportado: Del 18 de agosto a 18 de septiembre de 2017

Obligaciones del Contrato	Actividades realizadas por el Contratistas
1. Revisar la versión definitiva del Acuerdo para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera con el fin de identificar trámites y procedimientos administrativos asociados a su implementación.	Se cumplió con la obligación, las principales actividades adelantadas en la materia fueron las siguientes: - Se procedió al análisis y comprensión del texto del acuerdo de paz y Decretos expedidos durante los primeros 5 meses del año 2017, reglamentarios del "ACUERDO FINAL PARA LA TERMINACIÓN DEL CONFLICTO Y LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PAZ ESTABLE Y DURADERA" de fecha 24 de Noviembre de 2016. Frente a esto se realizaron dos tablas de referencia de trámites nuevos en 2 entregas, la primera referente a la revisión de todos los trámites priorizados por entidades, a fin de determinar cuales de estos se encuentran vinculados al acuerdo de paz y con esto determinar la relación directa o indirecta con la implementación del mismo. En segundo lugar, con la matriz resultante de la suma de los trámites priorizados por entidad, sumada a los que se han identificado como nuevos trámites de paz, se estableció la tabla definitiva sobre la materia, con un total aproximado de 140 frente a los cuales ya se presenta la normatividad relevante, los cuales serán analizados y frente a los cuales se realizarán fichas. Como soportes se presentan las dos tablas Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA DE PAGO 5
2. Revisar los decretos y actos administrativos de creación y funciones de la institucionalidad creada en el marco del Acuerdo de Paz, para identificar trámites y procedimientos administrativos responsabilidad de las entidades.	Se cumplió con los avances en conjunto con las obligaciones de la actividad 1. Adicionalmente se ajustó una tabla con información relevante sobre los nuevos trámites de paz, a fin de presentarla en una reunión sobre el tema dentro de la propia dirección, para lo cual se realizó adicionalmente una presentación, así como las fichas correspondientes a la ART y se reajustaron las de la ADR. Producto en desarrollo. -Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 5
3. Apoyar la elaboración de un listado de los trámites y otros procedimientos administrativos identificados para la implementación del Acuerdo de Paz, estableciendo si corresponde a un trámite o procedimiento existente (si se encuentra registrado en el Sistema Único de Información de Trámites SUIIT) o si corresponde a un trámite o procedimiento administrativo.	"Se cumplió con la obligación, las principales actividades adelantadas en la materia fueron las siguientes: Los productos que dan cuenta del cumplimiento de esta actividad son los que se evidencian también con relación a las actividades en las que se da cuenta en el cumplimiento de las obligaciones 1 y 2 -Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 5
4. Para los trámites nuevos, apoyar la elaboración de una propuesta de ficha técnica del trámite, de acuerdo con los parámetros establecidos para el registro de información en el SUIIT, identificando como mínimo el nombre del trámite, la entidad responsable de su implementación, el marco que soporta su existencia, requisitos y pasos establecidos por la norma.	Se presentan fichas actualizadas de ADR, y ART. Actividad en desarrollo-Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 5
5. Apoyar a la estructuración de los decretos o actos administrativos de reglamentación de los nuevos trámites, para que los mismos estén en armonía con las normas anti-trámites y reflejen claramente las condiciones de modo, tiempo y lugar que deden conocer los usuarios de los trámites en su interacción con el Estado.	Se realiza tabla general de 140 trámites de paz en la que se incluye la normatividad de cada uno de ellos, -Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 5

Informe 04 de actividades

Contrato No. 146 del año 2017

Objeto del Contrato: Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública, para identificar y documentar los trámites asociados a la implementación del Acuerdo de Paz, apoyar la estructuración de los instrumentos jurídicos por los cuales se defina su reglamentación, proponer y acompañar la implementación de acciones de simplificación normativas sobre trámites del Acuerdo y sobre otros trámites de alto impacto priorizados por la Función Pública.

Periodo reportado: Del 18 de agosto a 18 de septiembre de 2017

6. Para los trámites existentes, revisar si la forma en que se encuentran registrados en el SUIT responde al alcance establecido en el Acuerdo de Paz, y normativa vigente asociada; y apoyar la propuesta de mejoras normativas necesarias para ser incorporados por las entidades y acompañar su implementación.

El cumplimiento de esta obligación se relaciona con las obligaciones descritas en los numerles 1,2, 3 y 4, se encuentra en desarrollo.-Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 5

7. Apoyar la propuesta e implementación de acciones de racionalización normativa en trámites del alto impacto priorizados por la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano.

Se realiza concepto para analizar la reforma de la resolución relativa a los juegos de Azar Promocionales, -Ver anexos file:///yaksa/11500DPTSC/2017/ CARPETA PAGO 4

10. Asistir a las reuniones programadas, relacionadas con la ejecución del objeto contractual y elaborar las actas y/o ayudas de memoria respectivas.

Se asistió a las siguientes reuniones: revisión tramites UARIV 18 de agosto 2017- 10:30 am- interna, 22 de agosto 9:30 revisión trámites Ministerio de Agricultura- 23 de agosto reunión interna definición de trámites y OPAS Vs trámites de paz- 30 de agosto, trámite de ayuda humanitaria distrito- 18 de septiembre trámites entre entidades DNP

ANEXOS file:///yaksa/11500DPTSC/2017/Doc_apoyo CARPETA PAGO 5

Firma Contratista


Firma Supervisor

Nota: Corresponde al Supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas, reportadas en el informe y con los soportes correspondientes, así como el seguimiento técnico, administrativo y financiero, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011

MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.
NIT. 900178724-3
CERTIFICA



Que el titular del contrato en mención canceló directamente los valores abajo discriminados por concepto de su plan de Medicina Prepagada.

CONTRATO	374725		
TITULAR	MABEL ADRIANA CASAS CARO	IDENTIFICACION	CC 52388233
TOTAL PAGO	dos millones trescientos veintisiete mil ciento cinco pesos con cero centavos (\$2.327.105,00)		

CONCEPTO	VALOR	IVA	TOTAL
CUOTAS CONTRATO	\$2.216.290,48	\$110.814,52	\$2.327.105,00
BONOS	\$0,00	\$0,00	\$0,00
TOTAL	\$2.216.290,48	\$110.814,52	\$2.327.105,00

Los valores mencionados anteriormente corresponden al periodo de 01 ene 2017 hasta 31 dic 2017 , el cual ampara a las siguientes personas de su grupo familiar:

NOMBRE	IDENTIFICACION	FECHA VIGENCIA	PARENTESCO
CASAS CARO MABEL ADRIANA	CC 52388233	08 may 2015	Contratante

De acuerdo con el Régimen de impuesto a la Renta y Complementarios en su D.R. 3803 de 2003, Art.2.,'... los asalariados podrán optar por disminuir la base mensual de retención en la fuente, con el valor efectivamente pagado por el trabajador en el año inmediatamente anterior, por concepto de salud del trabajador, su cónyuge y hasta dos hijos, de que trata el Art. 387 del Estatuto Tributario.'

Esta certificación se expide en Bogota, el lunes 17 julio de 2017

Cordialmente,

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del D.R. 836 de 1991.,

Exclusivamente PARA TODOS.

Dirección Nacional
Carrera 14 No. 93 B 15 · PBX 593 81 11
Línea MedPlus en Bogotá (1) 742 0101
Resto del país 018000 184000
www.medplus.com.co