



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)  
22/12/2017

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No:	SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C./ NIT / RUT No:
146	18/04/2017	MABEL CASAS CARO	52.385.233

TIPO DE CONTRATO

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 define su reglamentación, proponer y acompañar la implementación de acciones de simplificación normativas sobre trámites del Acuerdo y sobre otros trámites de alto impacto prioritarios por la Función Pública

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

GARANTÍAS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO (\$)	VIGENCIA DE LOS AMPAROS	
		DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)

Póliza No. Expedida por:

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

FORMA DE PAGO

MENSUALIDADES VENCIDAS     OTRA (INDIQUE CUAL):

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No.	FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)	VALOR (VIGENCIA)	TOTAL
VIGENCIA ANTERIOR			
VIGENCIA ACTUAL	50917	18/04/2017	\$ 60.270.000,00
VIGENCIA FUTURA			

INFORMACIÓN DEL PAGO CERTIFICADO

RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO	APROPiación PRESUPUESTAL INICIAL	FACTURA No.	EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa)	VALOR FACTURA (INCL. IVA)	SUBTOTAL PAGOS ACUMULADOS	PERIODO CERTIFICADO	SALDO POR EJECUTAR
C-123-1000-4 Nación 10 - CSF	\$ 60.270.000,00	NA	NA	\$ 7.350.000,00	\$ 58.800.000,00	B/9	\$ 1.470.000,00
TOTAL	\$ 60.270.000,00			\$ 7.350.000,00	\$ 58.800.000,00		\$ 1.470.000,00

EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERIODO CERTIFICADO

ASPECTOS A EVALUAR	EXCELENTE (100)	BUENO (90)	REGULAR (75)	DEFICIENTE (50)
Cumplimiento (obligaciones técnicas) calidad del servicio prestado	100			
Oportunidad en la entrega del SP	100			
Oportunidad y cumplimiento aspectos administrativos y/o legalización de documentos soportes	100			
Responsabilidad	100			
<b>CALIFICACIÓN DEL PERIODO Y/O PAGO CERTIFICADO.</b>	<b>100</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>RANGOS:</b> Excelente: 91 a 100 Buena: 76 a 90 Regular: 61 a 75 Deficiente: igual o inferior a 60	

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERIODO CERTIFICADO?   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    Otros (Indique cual):  
 Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación     
 Informe de Gestión / Productos encomendados.

SUPERVISOR DEL CONTRATO	OBSERVACIONES
Nombre: Lina Menéndez Cargo: Asesora Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano Firma: <i>Lina Menéndez</i>	

EVALUACIÓN FINAL DEL CONTRATISTA

SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PERIODOS Y/O PAGOS CERTIFICADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	NO DE PAGOS Y/O PERIODOS CERTIFICADOS	0,00	CALIFICACIÓN FINAL	#,DIV/01	RANGOS: EXCELENTE 91 a 100 BUENO 76 a 90 REGULAR 61 a 75 DEFICIENTE inferior a 60	#,DIV/01

Recibido  
22/12/2017  
15:40  
[Signature]

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  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): **mabelcasascano@gmail.com**

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

a.) Percibi 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.	Período		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
EPS		Diciembre	2017	\$372.300,00
PENSIÓN	24362791	Diciembre	2017	\$476.500,00
ARP		Diciembre	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:

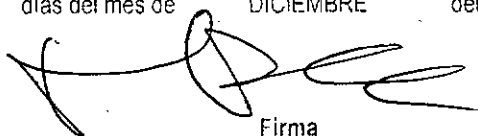
e) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. Si:  No:

### 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 22 días del mes de DICIEMBRE del año 2017

  
Firma



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
OT	52388233	MAREL ADRIANA CASAS CAJRO	CALLE 95 N 45 A 49 INTERIOR 6 APDO 102	6290471	marelcasascajro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	YOMIRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
OT/CA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
12	2017	12	2017	1	18/12/2017	24162781	\$458,200

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					
EP5044	MEDIMAS EPS SAS	801807473-6	317,801	0	0	0	0	0	0	2,191	0	458,600	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	800224898-8	470,400	0	0	0	0	7	2,700	0	473,100	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. Radicario Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondos Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	800011153-1	15,400				15,400	7	100	15,500			154	15,500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	RIT	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 IGF, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	357,500	363,600
Pensión	1	470,400	473,100
Riesgos Laborales	1	15,400	15,500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
CBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>852,300</b>	<b>852,200</b>

### PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAR 2112

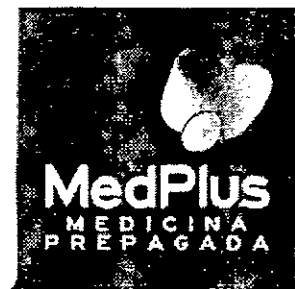
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5238233	MAREL ADRIANA CASAS CARO		CALLE 95 1145 A 40 INTER OR A ALT 102	63994471	marelcasascarom@miplanilla.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C	

PERÍODO COTIZACIÓN						DATOS DE LA PLANILLA		
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR	
MES	AÑO	MES	AÑO					
12	2017	12	2017	I	18/12/2017	24362701	2854,200	

#### DETALLE POR COTIZANTE

NÚMERO	TIPO	NÚM. DE IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INFORMACIÓN A CUBEDADES												CÉD. AFP	IBC AFP	Cobertura	Valor diario a la base	Valor diario Aportante	Forma personal de cotización	Número de días de cotización	SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
				CAPITAL	NUMERO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CLASE DE RIESGO	GRUPO	CEDULA CCF	IBC CCF	APORTE CCF	INGRESOS PARAFISCALES	APORTE SENA	APORTE ICBF								APORTE ESAP	APORTE MED																
1	CC	5238233	CASAS CARO MAREL ADRIANA	58	0	11																				2854,200	2840,000	387,500	14-23	2,810,070	1	15 A08	0	0	0	0	0	0	0	0

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
<b>TOTAL</b>	<b>\$2.216.290,48</b>	<b>\$110.814,52</b>	<b>\$2.327.105,00</b>

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.

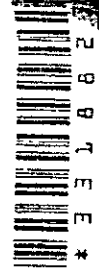
Dirección Nacional  
Carrera 14 No. 93 B 15 · PBX 593 81 11  
Línea MedPlus en Bogotá (1) 742 0101  
Resto del país 018000 184000  
www.medplus.com.co

reav-  
Nuip# 1.001.200.063  
NUIP - AYP-0250681-

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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 3188238



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura <input type="checkbox"/>	Notaria <input checked="" type="checkbox"/>	Numero <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8	Contubido <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	Y	F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía									
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido					Segundo Apellido												
GOMEZ * * * * *					CASAS * * * * *												
Nombres(s)																	
MARIA JULIANA * * * * *																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	0	1	Me	M	A	Y	Día	2	3	Sexo (en letras)	FEMENINO * * * *	Grupo sanguíneo	A	Factor RH	(+)
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)																	
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *																	

Tipo de documento anexo a la 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									
* Andrés M. Gómez 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 2 0 0 1 Mes JUN Día 0 4

Nombre y firma del funcionario autorizado

MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ

Reconocimiento paterno

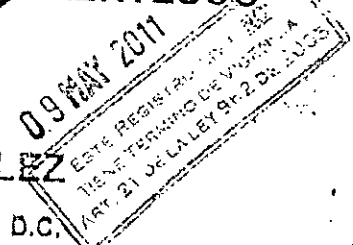
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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 ANGEL DIAZ TELLEZ

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



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 REGISTRO CIVIL  
 REGISTRO DE NACIMIENTO  
 24283892  
 Teav.  
 9 6 0 3 2 9 0 2 2 6 4

OFICINA REGISTRO CIVIL	1 Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc) NOTARIA CUARENTA Y OCHO (48) -	4 Municipio y Departamento SANTAFE DE BOGOTA - - - -	5 Código 1052.
------------------------	---	---	-------------------

SECCION GENERAL

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

SECCION ESPECIAL

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

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
37 Identificación (clase y número)	38 Firma (autógrafa)
39 Nombre	40 Firma (autógrafa)
41 Identificación (clase y número)	42 Firma (autógrafa)
43 Nombre	44 Firma (autógrafa)
45 Identificación (clase y número)	46 Firma (autógrafa)
47 Nombre	48 Firma (autógrafa)
49 Identificación (clase y número)	50 Firma (autógrafa)
51 Nombre	52 Firma (autógrafa)
53 Identificación (clase y número)	54 Firma (autógrafa)
55 Nombre	56 Firma (autógrafa)
57 Identificación (clase y número)	58 Firma (autógrafa)
59 Nombre	60 Firma (autógrafa)
61 Identificación (clase y número)	62 Firma (autógrafa)
63 Nombre	64 Firma (autógrafa)
65 Identificación (clase y número)	66 Firma (autógrafa)
67 Nombre	68 Firma (autógrafa)
69 Identificación (clase y número)	70 Firma (autógrafa)
71 Nombre	72 Firma (autógrafa)
73 Identificación (clase y número)	74 Firma (autógrafa)
75 Nombre	76 Firma (autógrafa)
77 Identificación (clase y número)	78 Firma (autógrafa)
79 Nombre	80 Firma (autógrafa)
81 Identificación (clase y número)	82 Firma (autógrafa)
83 Nombre	84 Firma (autógrafa)
85 Identificación (clase y número)	86 Firma (autógrafa)
87 Nombre	88 Firma (autógrafa)
89 Identificación (clase y número)	90 Firma (autógrafa)
91 Nombre	92 Firma (autógrafa)
93 Identificación (clase y número)	94 Firma (autógrafa)
95 Nombre	96 Firma (autógrafa)
97 Identificación (clase y número)	98 Firma (autógrafa)
99 Nombre	100 Firma (autógrafa)



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