



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)
28/12/2017

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No:	SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C./ NIT / RUT No:
158	24/04/2017	PEDRO RICARDO OCAMPO GONZALEZ	79.366.706

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 Gestión y Desempeño Institucional de la Función Pública, para apoyar la elaboración y difusión de metodologías y herramientas de planeación, seguimiento y evaluación de resultados, a fin de facilitar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en el marco del proyecto de inversión denominado "Mejoramiento, fortalecimiento para el desarrollo de las políticas públicas nacional".

FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)
24/04/2017
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)
Cumplimiento:			
Calidad del Servicio:			
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	56117	24/04/2017	\$ 48.800.000,00
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	PERÍODO CERTIFICADO	SALDO POR EJECUTAR
Proyecto de inversión	\$ 48.800.000,00	NA	NA	\$ 6.100.000,00	\$ 48.800.000,00	8 de 8	\$ 0,00
TOTAL	\$ 48.800.000,00			\$ 6.100.000,00	\$ 48.800.000,00		\$ 0,00

EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERÍODO CERTIFICADO

ASPECTOS A EVALUAR	EXCELENTE (100)	BUENO (90)	REGULAR (75)	DEFICIENTE (60)
Cumplimiento (obligaciones técnicas) calidad del servicio prestado			75	
Oportunidad en la entrega del SP			75	
Oportunidad y cumplimiento aspectos administrativos y/o legalización de documentos soportes		90		
Responsabilidad			75	

CALIFICACIÓN DEL PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO. 76,5 BUENO RANGOS: Excelente: 91 a 100 Regular: 61 a 75 Deficiente: Igual ó inferior a 60

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERÍODO CERTIFICADO? SI 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 SI NO NA Otros (Indique cual):
Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación SI NO NA
Informe de Gestión / Productos encomendados. SI NO NA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBSERVACIONES

Nombre: ANDRES MENDEZ JIMENEZ
Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 17
Firma: *[Firma manuscrita]*
Se hace la entrega de los productos que respaldan el cumplimiento de la obligación No 3 y obligación No 4, lo anterior como resultado de las recomendaciones propuestas al contratista para estructurar dichos documentos.

EVALUACIÓN FINAL DEL CONTRATISTA

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/01	RANGOS: EXCELENTE 91 a 100 BUENO 76 a 90 REGULAR 61 a 75 DEFICIENTE inferior a 60	#DIV/01

[Firma manuscrita]
28/12/2017
7352



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79366706	PEDRO RICARDO OCAMPO GONZALEZ	CPA 2 # 5 - 81 AP 301 MULTIF. VALDIVIA	8652628	pedricar25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	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				
12	2017	12	2017	1	04/12/2017	24058599	\$757.000

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	305.000	0		0		0	0	0	0	305.000	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	Parvenir	800224808-8	390.400	0	0	0	0	0	0	0	390.400	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 Seto a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011183-6	12.800				12.800	0	0	12.800			12%	12.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	860066942-7	48.800	0	0	48.800	1

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	305.000	305.000
Pensión	1	390.400	390.400
Riesgos Laborales	1	12.800	12.800
CCF	1	48.800	48.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	757.000	757.000

DECLARACION 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:	79366706	D.V.	1
-------------------	-------------------------------	---	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------	----------	------	---

Teléfono (s): 8852629 No. de FAX _____
 Celular No.: 3002994789 Celular No.: _____
 Dirección: CRA 2 # 5 - 81 APTO 301 MULTIFAMILIAR VALDIVIA, BARRIO EL CAIRO, CHIA
 Correo Electrónico (E-mail): pedricar25@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. 158/2017 de Fecha: 24 abril de 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	
COMPENSAR	24058599	Diciembre	2017	\$305.000,00
PORVENIR		Diciembre	2017	\$390.400,00
ARL POSITIVA		Diciembre	2017	\$12.800,00

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:

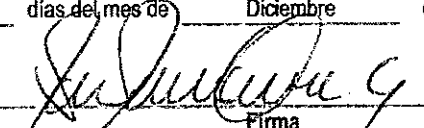
e) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. Si: No:

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 21 días del mes de Diciembre del año 2017


Firma

Bogotá D.C ; 31-01-2018

Referencia: Entrega de documentos resoluciones

Señores:

Gestión Contractual

Por medio de la presente me dirijo a ustedes y relaciono a continuación las resoluciones de
manutención y desplazamiento de contratistas de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre
de las cuales hice entrega a esta dependencia a inicio del mes de Diciembre de 2017.

N° RESOLUCION	N° CONTRATO	CONTRATISTA	N° RESOLUCION	N° CONTRATO	CONTRATISTA
1376	12	COLLAZOS MARTINEZ	1304	292	ZABALA CORDOBA
1120	101	BENAVIDES OSEJO	1120	294	ORTIZ LOSADA
1335	101	BENAVIDES OSEJO	1373	294	ORTIZ LOSADA
1120	103	RODRIGUEZ RUIZ	1136	295	CANTOR CARVAJAL
1335	103	RODRIGUEZ RUIZ	1161	295	CANTOR CARVAJAL
1120	105	DE JESUS NORIEGA	1191	295	CANTOR CARVAJAL
1335	105	DE JESUS NORIEGA	1225	295	CANTOR CARVAJAL
1120	106	SIMBAQUEBA MORENO	1263	295	CANTOR CARVAJAL
1335	106	SIMBAQUEBA MORENO	1293	295	CANTOR CARVAJAL
1120	107	MOLINA SUAREZ	1121	299	CADAVID HERRERA
1335	107	MOLINA SUAREZ	1399	299	CADAVID HERRERA
1247	136	GIRALDO ZAPATA	1121	300	RAMIREZ ALVAREZ
1228	142	MARTINEZ SUARES	1399	300	RAMIREZ ALVAREZ
1158	143	LEON LOPEZ	1315	301	HENAO LOPEZ
1129	149	FLOREZ PARDO	1361	301	HENAO LOPEZ
1267	149	FLOREZ PARDO	1121	305	NOGUERA FAJARDO
1267	158	O CAMPO GONZALEZ	1399	305	NOGUERA FAJARDO

1398	187	BOLAÑOS TOVAR	1121	306	LOBO ROPAIN
1301	188	CELY RUIZ	1399	306	LOBO ROPAIN
1345	188	CELY RUIZ	1121	307	PARDO BERNAL
1109	200	URAZON LEAL	1399	307	PARDO BERNAL
1145	200	URAZON LEAL	1121	311	ALVAREZ ROMERO
1315	200	URAZON LEAL	1399	311	ALVAREZ ROMERO
1341	200	URAZON LEAL	1123	313	CABRA CORTES
1398	200	URAZON LEAL	1399	313	CABRA CORTES
		LOZANO			
1266	216	GUERRERO	1122	314	FUENTES ESMERAL
1266	217	RODRIGUEZ NIÑO	1182	314	FUENTES ESMERAL
1154	218	MANZANO OJEDA	1222	314	FUENTES ESMERAL
1304	218	MANZANO OJEDA	1243	314	FUENTES ESMERAL
		GUERRERO			
1333	231	GUTIERREZ	1297	314	FUENTES ESMERAL
		BECERRA			
1120	274	DELGADO	1330	314	FUENTES ESMERAL
		BECERRA			
1335	274	DELGADO	1340	314	FUENTES ESMERAL
1120	275	RAMIRES VIVAS	1356	314	FUENTES ESMERAL
1335	275	RAMIRES VIVAS	1373	314	FUENTES ESMERAL
		HERNANDEZ			
1158	288	PIRACHICAN	1138	320	MUÑOZ GULFO
		HERNANDEZ			
1197	288	PIRACHICAN	1399	320	MUÑOZ GULFO
		HERNANDEZ			
1208	288	PIRACHICAN	1138	321	PALACIO ESPINOSA
		HERNANDEZ			
1218	288	PIRACHICAN	1399	321	PALACIO ESPINOSA
		HERNANDEZ			
1250	288	PIRACHICAN	1149	323	BARON RODRIGUEZ
		HERNANDEZ			
1304	288	PIRACHICAN	1399	323	BARON RODRIGUEZ
		HERNANDEZ			
1363	288	PIRACHICAN	1182	328	SUAREZ SUAREZ
1194	290	CAMACHO CHAIN	1231	330	SANTOS GARCIA
1211	290	CAMACHO CHAIN	1399	330	SANTOS GARCIA
1249	290	CAMACHO CHAIN	1231	333	BOBADILLA DAZA
1255	290	CAMACHO CHAIN	1399	333	BOBADILLA DAZA
1300	290	CAMACHO CHAIN	1241	342	CABRERA SAAVEDRA
1413	290	CAMACHO CHAIN			



06/02/2017

Julieta Gonzalez