



CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)

14/08/2015

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	NIT / RUT No:
101	13/07/2015	ANDRES CAMILO FLOREZ MUÑOZ	79.981.723

TIPO DE CONTRATO

ADQUISICIÓN DE BIENES  PRESTACIÓN DE SERVICIOS  OBRA PÚBLICA  OTROS (INDIQUE CUAL):

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites de la Función Pública, con el fin de apoyar la implementación de las estrategias definidas para validar y difundir en el territorio nacional, las experiencias vigentes que se encuentran registradas en el Banco de Exitos y validar las experiencias que se postulan en el Premio Nacional de Alta Gerencia para el 2015.	FECHA DE INICIO
	13/07/2015
	FECHA DE TERMINACIÓN
	18/12/2015

GARANTÍAS

CLASE DE GARANTÍA	VALOR ASEGURADO (\$)	VIGENCIA DE LOS AMPAROS	
		DESDE (DD/MM/AAAA)	HASTA (DD/MM/AAAA)
Cumplimiento	\$ 3.586.000,00	13/07/2015	20/04/2016
Cantidad del Servicio	\$ 3.586.000,00	13/07/2015	20/04/2016
Cantidad de los elementos:			
Salarios y Prestaciones Sociales:			
Estabilidad:			
Buen manejo anticipo			
Póliza No. Expedida por:		Fecha de aprobación de la(s) póliza(s):	13/07/2015

FORMA DE PAGO

MENSUALIDADES VENCIDAS  CONTRA ENTREGA  OTRA: (INDIQUE CUAL):

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VIGENCIA			TOTAL
	ANTERIOR	ACTUAL	FUTURA	
	\$ 0,00	\$ 17.930.000,00	\$ 0,00	\$ 17.930.000,00
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	VIGENCIA			TOTALES
Programa 123, Subprograma 1000, Proyecto 4	\$ 0,00	\$ 17.930.000,00	\$ 0,00	\$ 17.930.000,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>SUBTOTAL VIGENCIA</b>	<b>\$ 0,00</b>	<b>\$ 17.930.000,00</b>	<b>\$ 0,00</b>	<b>\$ 17.930.000,00</b>

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL(CDP) No.	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No.
-----------------------------------------------------	------------------------------------------------

VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA ANTERIOR
VIGENCIA ACTUAL 18715	VIGENCIA ACTUAL 71715
VIGENCIA FUTURA	VIGENCIA FUTURA

INFORMACION DEL PAGO CERTIFICADO

RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	APROPiación PRESUPUESTAL INICIAL	FACTURA No.	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa)	VALOR DE LA FACTURA (INCL IVA)	SUBTOTAL PAGOS ACUMULADOS	PAGO No. ó PERÍODO CERTIFICADO	SALDO POR EJECUTAR
Programa 123, Subprograma 1000, Proyecto 4	\$ 17.930.000,00		14/08/2015	\$ 3.300.000,00	\$ 3.300.000,00	1 de 6	\$ 14.630.000,00
0	\$ 0,00			\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00
0	\$ 0,00			\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 17.930.000,00</b>			<b>\$ 3.300.000,00</b>	<b>\$ 3.300.000,00</b>		<b>\$ 14.630.000,00</b>

EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERÍODO CERTIFICADO

ASPECTOS A EVALUAR	BUENO	REGULAR	MALO
Cumplimiento del objeto del contrato	100		
Oportunidad (En la entrega del bien / prestación del servicio/ Realización de obras)	100		
Oportunidad (En el suministro de documentos soportes)	100		
Servicio Pos-venta	100		

**CALIFICACIÓN DEL PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO.** RANGOS: Bueno: 81 a 100, Regular: 70 a 80, Malo: Inferior a 69. **100 BUENO**

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO Ó PERÍODO CERTIFICADO?  SI  NO

Anexos: Factura  SI  NO  NA

Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación  SI  NO  NA

Entrada a almacén  SI  NO  NA

Otros:  SI  NO  NA

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, DEBERÁ INDICAR EN EL ÍTEM OBSERVACIONES, LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA RECOMENDACIÓN, ADEMÁS DE DAR INICIO A LAS ACCIONES A QUE HAYA LUGAR.

SUPERVISOR DEL CONTRATO	OBSERVACIONES
DIANA MARIA CALDAS GUALTEROS	
Directora de Control Interno y Racionalización de Trámites (E.)	
Firma:	

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/0!	RANGOS: Bueno: 81 a 100, Regular: 70 a 80, Malo: Inferior a 69	#¡DIV/0!
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------	----------	----------------------------------------------------------------	----------

14 AGO 2015  
2:40 PM



**FUNCIÓN PÚBLICA**  
 DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**EVALUACION CONTRATISTAS**

**CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN  
 Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA**

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

**CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE CONTRATISTAS PARA EL SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS**

**PESOS ASIGNADOS A LOS ASPECTOS A EVALUAR**

ASPECTOS A EVALUAR	PREGUNTA	BUENO	REGULAR	MALO	PESO	
		100	70	30		
CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO	¿EL (LOS) PR / EL SP / OPE, FUE RECIBIDO A SATISFACCIÓN?	EL (LOS) PR / EL SP / LA OPE CUMPLE CON LOS REQUISITOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO Y EN EL PLIEGO DE CONDICIONES SIN PRESENTAR RECHAZO ALGUNO.	EL (LOS) PR / EL SP / LA OPE INCUMPLIERON PARCIALMENTE LOS REQUISITOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO Y EN EL PLIEGO DE CONDICIONES Y ÉSTOS FUERON SUBSANADOS POR EL CONTRATISTA EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE	EL (LOS) PR / EL SP / LA OPE INCUMPLE LOS REQUISITOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO Y EN EL PLIEGO DE CONDICIONES LO QUE IMPLICÓ EL RECHAZO DE LOS MISMOS.	60	
OPORTUNIDAD (EN LA ENTREGA DEL PR / SP / OPE).	EL PR / SP / OPE FUERON ENTREGADOS EN EL PLAZO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN EL CONTRATO?	EL CONTRATISTA ENTREGÓ EL PR / SP / OPE DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO.	EL CONTRATISTA SOLICITÓ ENTRE UNA (1) Y DOS (2) PRORROGAS DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, AL PLAZO DE EJECUCIÓN INICIALMENTE ESTABLECIDO, PARA LA ENTREGA DEL PR / SP / OPE.	EL CONTRATISTA SOLICITÓ MÁS DE TRES (3) PRORROGAS DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, AL PLAZO DE EJECUCIÓN INICIALMENTE ESTABLECIDO, PARA LA ENTREGA DEL PR / SP / OPE. O INCUMPLIÓ CON EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (INCLUIDAS SUS PRORROGAS).	LOS PESOS FUERON ASIGNADOS POR EL LÍDER DEL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, SEGÚN LA IMPORTANCIA DEL CONTRATO Y LA NATURALEZA DE LA ENTIDAD.  (LOS PESOS ÚNICAMENTE PODRÁN SER MODIFICADOS PREVIA JUSTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO).	15
OPORTUNIDAD (EN EL SUMINISTRO Y/O LEGALIZACIÓN DE DOCUMENTOS SOPORTES REQUERIDOS DURANTE LA ETAPA CONTRACTUAL Y POSTCONTRACTUAL)	EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ Y/O LEGALIZÓ LA DOCUMENTACIÓN OPORTUNAMENTE? (FACTURAS, PARAFISCALES, ACTAS, PLANOS, INFORMES, PERMISOS, ENTRE OTROS)	DENTRO DE LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	INCUMPLIÓ EN UN DIEZ POR CIENTO(10%) CON LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	INCUMPLIÓ EN MÁS DEL DIEZ POR CIENTO(10%) CON LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	15	
SERVICIO POS-VENTA	EL CONTRATISTA ATENDIÓ EN FORMA EFICAZ Y OPORTUNA LAS SOLICITUDES, RECLAMACIONES Y/O SUGERENCIAS FORMULADAS POR EL SUPERVISOR Y/O POR EL DEPARTAMENTO?	DENTRO DE LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	INCUMPLIÓ EN UN DIEZ POR CIENTO(10%) CON LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	INCUMPLIÓ EN MÁS DEL DIEZ POR CIENTO(10%) CON LOS PLAZOS INDICADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O POR EL DEPARTAMENTO.	10	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					<b>100</b>	
PRODUCTO(S) RECIBIDO(S) (PR)						
EL SERVICIO PRESTADO DURANTE EL PERÍODO CERTIFICADO (SP)						
LA OBRA PÚBLICA EJECUTADA (OPE)						

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

65

Yo, **ANDRES CAMILO FLOREZ MUÑOZ**

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  Número: **79981723** D.V.

Teléfono (s): \_\_\_\_\_ No. de FAX \_\_\_\_\_

Celular No.: **3186053662** Celular No.: \_\_\_\_\_

Dirección: **CRA 13A No 104 - 61 apto 306**

Correo Electrónico (E-mail): **florezandres@yahoo.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 \$111.946.405,00 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. **101-2015** de Fecha: **13-jul-15** 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 EPS	8304818715	JUNIO	2015	\$165.800,00
PROTECCION	8304818715	JULIO	2015	\$212.200,00
POSITIVA	8304818715	JULIO	2015	\$6.900,00

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 **18** días del mes de **Agosto** del año **2015**

*Andrés Florez*

Firma

**Señor(a):** ANDRES CAMILO FLOREZ MUÑOZ  
**No. Identificación:** CC 79981723  
**Dirección:** KR 13A 104 61 APTO 306  
**Teléfono:** 6201259 **Fax:**  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla** 8304818715

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



<b>Nombre</b>	ANDRES CAMILO FLOREZ MUÑOZ
<b>Número de Identificación</b>	CC 79981723
<b>Número Planilla</b>	8304818715
<b>Fecha de Pago</b>	8/12/2015
<b>Número de Autorización de Pago</b>	4818715
<b>Banco</b>	1052
<b>Saldo Comisión</b>	\$0

<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Periodo Cotización Salud</b>	Agoosto 2015
<b>Periodo Cotización Pensión</b>	Agoosto 2015
<b>Periodo Cotización Caja</b>	Agoosto 2015
<b>Número de Administradoras</b>	3
<b>Total Pagado</b>	\$384.900
<b>Total Interés Mora</b>	\$1.800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	\$6.900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	\$212.200	1
EPS008	Compensar EPS	\$165.800	1

TIPO DOC.:	CC									
NO. DOCUMENTO:	79981723									
APELLIDOS Y NOMBRES	FLOREZ MUÑOZ ANDRES CAMILO									
<b>COD EPS</b>	<b>COD AFI</b>	<b>UPC</b>	<b>IBC SALUD</b>	<b>IBC PENSION</b>	<b>IBC RIESGOS</b>	<b>IBC CAJA</b>	<b>COTIZACION SALUD</b>	<b>COTIZACION PENSION</b>	<b>COTIZACION RIESGOS</b>	<b>FONDO SOLIDARIDAD</b>
EPS008	230201	0	1.320.000	1.320.000	1.320.000	0	165.000	211.200	6.900	0

TIPO DOC.:										
NO. DOCUMENTO:										
APELLIDOS Y NOMBRES										
<b>COD EPS</b>	<b>COD AFI</b>	<b>UPC</b>	<b>IBC SALUD</b>	<b>IBC PENSION</b>	<b>IBC RIESGOS</b>	<b>IBC CAJA</b>	<b>COTIZACION SALUD</b>	<b>COTIZACION PENSION</b>	<b>COTIZACION RIESGOS</b>	<b>FONDO SOLIDARIDAD</b>

**ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

67

Nombres y Apellidos: **ANDRES CAMILO FLOREZ** Contrato No. : **101-2015**

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  Número: **79981723** D.V.:

**Artículo 2º del Decreto 0099 de 2013 Información para Depurar la Base de la Retención.**

**1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda**

1.1 Adjunta Certificación Si:  No:

1.2 Crédito Compartido Si:  No:

1.3 Porcentaje que le corresponde **0%** y valor que le corresponde **\$0,00**

**2. Información por Salud Literal a y b del Artículo 387 del E.T.**

2.1 Certificación Adjunta Si:  No:

**3. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012**

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.

3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4º del Artículo 2º Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el **18** del mes de **agosto** del año **2015** SF.PG-003

*Andrés Florez*  
Firma

PROYECTOS		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (2015)																AVANCES							
		JULIO		AGOSTO			SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE						
ETAPAS	ITEMS	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Productos	
BANCO DE EXITOS	VALIDACIÓN	Reclasificar y priorizar las experiencias registradas (vigentes)		X	X	X	X																	1. Base de datos experiencias ganadoras. 2. Base de datos por Departamentos. 3. Base de Datos Bogotá-Cund. 4. Base de datos Restantes (123). 5. Base de datos Nariño y 6. Base de Datos Eje Cafetero	
	DISEÑO	Acompañar el Diseño de la Estrategia de difusión				X	13																	1. Matriz estrategia de difusión. 2. Borrador Estrategia Difusión. 3. Difusión presencial Bquilla-Nariño	
	VALIDACIÓN	Realizar Plan de trabajo para visitas a territorio y hacer seguimiento a los acuerdos					X	X	X																1. Orden del día Bquilla-Nariño 2. 1 ras comunicaciones con Bquilla y Nariño
		Promover mesas de trabajo entre los interesados y los líderes para definir compromisos de réplica (15%)					12-13;26-27																		1. Acta de acuerdos. 2. Baquilla: 4 Entidades 3. Nariño: 9 Entidades
		Consolidación y entrega de informes					12			12			12			12							12		
	LOGÍSTICA EVENTO	Acompañar la logística del Evento (Tequendama)					X	X	X																1.Base de datos de invitados confirmados; 2) soportes de correos



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

Informe de Actividades No.   1  

Contrato No.   101   del año   2015  

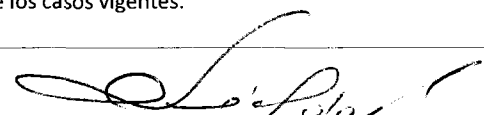
**Objeto del Contrato:** Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites de la Función Pública, con el fin de apoyar la implementación de las estrategias definidas por para validar y difundir en el territorio nacional, las experiencias vigentes que se encuentran registradas ene le Banco de Éxitos y validar las experiencias que se postulen en el Premio Nacional de Alta Gerencia para el 2015

**Periodo reportado:** Del   12   de   07   al   12   de   08   de 2015

Obligaciones del Contrato	Actividades realizadas por el Contratista
<p><b>Obligación 1)</b> Elaborar un plan de trabajo de común acuerdo con el Supervisor del Contrato, donde se establezca el cronograma y actividades a desarrollar, para el cumplimiento del objeto contractual, así como para las reuniones que se realicen en las diferentes entidades del territorio nacional, , el cual deberá ser presentado dentro de los quince (15) días siguientes al inicio</p>	<p>Diseño del cronograma de trabajo, relacionando las obligaciones estipuladas en el contrato con las tareas que se han desarrollado para el proyecto de difusión y réplica de las experiencias del Banco de Éxitos</p>
<p><b>Obligación 2)</b> Apoyar la clasificación y priorización de las experiencias a difundir en el territorio nacional y las experiencias postuladas en el premio Nacional de Alta Gerencia, versión 2015, de acuerdo con la programación previamente establecida con el Supervisor</p>	<p>1. Se reclasificó la base de con el equipo de trabajo se depuró una base de datos por tema, región, subtema, región y categoría.  2. Analizar 68 experiencias vigentes del Banco de Exitos a Julio15 bajo los criterios de logros obtenidos y potencial de réplica  3. Posteriormente se identificaron las experiencias ganadoras por regiones y se analizaron filtraron por experiencias ganadoras por regiones y se analizaron a la luz de Iso criterios previamente definidas  4. Se seleccionaron las experiencias de Bogotá y Cundinamarca y se analizaron bajo los criterios anteriores con el fin de definir cuales se presentarán en el evento de difusión en Bogotá  OTTROS: Acompañar el diseño de una propuesta de estrategia de difusión para el resto de los casos vigentes.</p>

Anexos:

  
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

*F. Version 1  
Julio 1 de 2015*

*Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su  
vigencia. La version vigente reposa en Calidad DAFP*

*1 de 1*



Orden de pago Presupuestal de gastos  
Comprobante

Usuario Solicitante: MHyherra YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ  
 Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante: 05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL  
 Fecha y Hora Sistema: 2015-09-18-10:59 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	228568915	Fecha Registro:	2015-08-20	Unidad / Subunidad ejecutora:	05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	103415	Comprobante Contable de la Generación:		
Fecha Máxima Pago:	2015-08-20	Código de Referencia:		04500017600228968915	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	3.300.000,00	Valor Deducciones:		28.177,00	Valor Neto:	3.271.823,00	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	3.300.000,00	Valor Deducciones	28.177,00	Valor Neto	3.271.823,00	Moneda Base Contra		Valor MBC	
----------	--	-------------	--------------	-------------------	-----------	------------	--------------	--------------------	--	-----------	--

REINTEGROS

Numeros				No Recauda:			
Bruto Reintegrado Pesos:		0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:		0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:		0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:		0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	79981723	Razón Social:	ANDRES CAMILO FLOREZ MUÑOZ	Medio de Pago:	Abono en cuenta
-----------------	----------	---------------	----------------------------	----------------	-----------------

CUENTA BANCARIA

Número:	6954685624	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
TESORERIA				DOCUMENTO SOPORTE			

05-01-C1 - DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL				Número:	101/2015	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2015-08-20
-----------------------------------------------------------	--	--	--	---------	----------	-------	-------------------------------------	--------	------------

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
000 DAFP GESTION GENERAL / C-123-000-4-0-0300000 MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLITICAS PUBLICAS NACIONAL	Nación	11	SSF	3.300.000,00	0,00	3.300.000,00				Pesos	0,00	0,00