

158



**FUNCIÓN PÚBLICA**  
Departamento Administrativo de la Función Pública

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO  
Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)**

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)  
30/11/2015

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

<b>CONTRATO No:</b>	<b>SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)</b>	<b>RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA</b>	<b>C.C./ NIT / RUT No:</b>
081 de 2015	26/06/2015	IVAN TOMÁS MARTÍN JIMÉNEZ	79.781.825

**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 Control Interno y Racionalización de Trámites, para identificar los diferentes modelos y sistemas de gestión, vigentes en la Administración Pública en el marco del Proyecto de Inversión "Mejoramiento, fortalecimiento de la Capacidad Institucional para el Desarrollo de las Políticas Públicas Nacional".

**FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)**  
26/06/2015

**FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)**  
25/12/2015

**GARANTÍAS**

AMPAROS	VALOR ASEGURADO (\$)	VIGENCIA DE LOS AMPAROS	
		DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)
Cumplimiento:	\$ 9.000.000,00	26/06/2015	02/05/2016
Calidad del Servicio:	\$ 9.000.000,00	26/06/2015	02/05/2016
Póliza No. Expedida por:		390-47-994000036250 ASEGURADORA SOLIDARIA	Fecha de aprobación de la(s) póliza(s): 26/06/2015

**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	67015	26/06/2015	\$ 45.000.000,00
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
Ej. Honorarios Proyecto de inversión	\$ 45.000.000,00	A-95	14/12/2015	\$ 7.500.000,00	\$ 37.500.000,00	5 de 6	\$ 7.500.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 45.000.000,00</b>			<b>\$ 7.500.000,00</b>	<b>\$ 37.500.000,00</b>		<b>\$ 7.500.000,00</b>

**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	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 PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO.</b>	<b>100</b>	<b>EXCELENTE</b>	<b>RANGOS:</b> Excelente: 91 a 100 Bueno: 76 a 90    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: DIANA MARÍA CALDAS GUALTEROS

Cargo: ASESOR

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: EXCELENTE 91 a 100 BUENO 76 a 90 REGULAR 61 a 75 DEFICIENTE inferior a 60	#DIV/0!

14 DIC 2015

159

# IVAN TOMAS MARTIN JIMENEZ

NIT: 79781825 -7

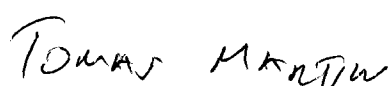
BOGOTA / CRA. 19 # 85-94, APT. 401, BARRIO ANTIGUO COUNTRY

Teléfono (571):618 3866

Movil:(57) 315 616 0625

PERSONA NATURAL - REGIMEN COMUN  
ACTIVIDAD ECONOMICA 7320 TARIFA : 6.90 x Mil.

Nombre: <u>DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN...</u>	<b>FACTURA DE VENTA No.</b> <u>A- 95</u>
NIT/C.C.: <u>899999020 -7</u>	
Dirección: <u>CR 6 12 62</u>	
Teléfono: <u>334 4080</u>	Fecha factura: <u>14-Dic-2015</u>
Ciudad: <u>BOGOTA</u>	Vencimiento: <u>14-Dic-2015</u>
Depto/País: <u>CUNDINAMARCA COLOMBIA</u>	Forma de Pago: <u>CREDITO</u>

Concepto	Valor
Pago 5 (de 6) de contrato de prestación de servicios No. 81 de 2015, correspondiente al quinto mes de actividades.	6,465,517
Observaciones : POR FAVOR CONSIGNAR EN LA CTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA #4573 0007 4814	<b>Parcial:</b> 6,465,517
	<b>Descuentos:</b> 0
	<b>Subtotal:</b> 6,465,517
Valor en letras: SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON 0 ctvs M/Cte.	<b>I.V.A.:</b> 1,034,483
	<b>TOTAL:</b> 7,500,000
RESOLUCIÓN DIAN DE FACTURACIÓN No. 320001105876 EXPEDIDA EL 20140205 NUMERACIÓN DESDE LA No. 60 A LA No. 100 NO SOY AUTORRETENEDOR, NI GRAN CONTRIBUYENTE. ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO SEGÚN LOS ARTÍCULOS DEL 611 AL 671 Y DEL 772 AL 779 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTA FACTURA, SE CAUSARÁN, INTERESES DE MORA POR CADA DÍA A LA TASA MÁXIMA LEGAL PERMITIDA DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 883 Y 884 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SIN PERJUICIO DE LA ACCIÓN LEGAL POR INCUMPLIMIENTO EN PAGO O FRACCIÓN.	Firma y Sello del cliente:
 FIRMA AUTORIZADA	NIT/C.C. _____ NOMBRE DE QUIEN RECIBE _____

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

160

Yo, **IVÁN TOMÁS MARTÍN JIMÉNEZ**

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  Número: **79.781.825** D.V.

Teléfono (s): **6183866** No. de FAX \_\_\_\_\_

Celular No.: **3156160625** Celular No.: \_\_\_\_\_

Dirección: **Carrera 19 No. 85-94 apto 401**

Correo Electrónico (E-mail): **tomas.mj@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 \$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. 081-2015 de Fecha: 26-jun-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	
SANITAS	173646296	Noviembre	2015	\$323.200,00
PROVENIR		Noviembre	2015	\$439.600,00
POSITIVA		Noviembre	2015	\$13.500,00

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 1 días del mes de Diciembre del año 2015

*Tomas Martin Jimenez*  
Firma

DATOS GENERALES				PERIODOS DE COTIZACION				PAG 1 DE 2						
TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	SALUD	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR		
CC	79781825-	Iván Tomás Martín Jiménez	U C S D			MES	AÑO	MES	AÑO	7639632	PUBLICA PRIVADA MIXTA	PEQUEÑO GRANDE INDEPENDIENTE	14-23	83
DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION		
Cra. 19 # 85-94 Apr 401	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6183866	2848715	tomas.mj@gmail.com	7220	0	1	2015/12/01	173646296		

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES		LIC. MATERNIDAD		NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
				No. AUT	VALOR	No. AUT	VALOR											
EPS005	800251440-6	323.200	0	0	0	0	0	323.200	25	6.400	0	329.600	0		0	0	329.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224908-8	413.800	0	0	25.800	25	8.200	600	448.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES		APORTES OTROS RIEG	VALOR NETO COTIZACION
			No. AUTORIZ	VALOR		
14-23	860011153-6	13.500		0	0	13.500
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIGARIDAD	TOTAL A PAGAR
25	300	13.800	0	0	135	13.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE, LMA, IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	439.600	448.400
SALUD	323.200	329.600
RIESGOS LABORALES	13.500	13.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	776.300	791.800



163

### ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: **IVÁN TOMÁS MARTÍN JIMÉNEZ** Contrato No. : **081 -2015**

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  Número: **79.781.825** 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
T1	1025060407	Jerónimo Martín Duque	11	Hijo

La anterior se firma el 1 del mes de diciembre del año 2015 SF.PG-003

*TOMÁS MARTÍN*  
Firma

Informe de Actividades No. 5

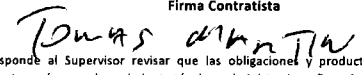
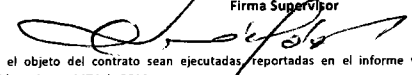
Contrato No. 81 del año 2015

Objeto del Contrato: Prestar los Servicios Profesionales en la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites para identificar los diferentes modelos y sistemas de gestión vigentes en la Administración Pública, en el marco del Proyecto de Inversión "Mejoramiento, fortalecimiento de la capacidad Institucional para el desarrollo de las políticas públicas. Nacional"

Periodo reportado: Del 26 de octubre al 25 de noviembre de 2015

Obligaciones del Contrato	Actividades realizadas por el Contratistas
<b>Obligación 1)</b> Cumplir con el objeto contratado, de acuerdo con las especificaciones requeridas por el Departamento Administrativo de la Función Pública	Se ha cumplido con el objeto contratado de acuerdo con el plan de trabajo entregado en julio de 2015 y a través de las acciones registradas en el presente informe.
<b>Obligación 2)</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, el cual deberá ser presentado dentro de los quince (15) días siguientes al inicio del Contrato.	El Plan de Trabajo fue entregado al DAFP el día 10 de julio de 2015.
<b>Obligación 3)</b> Identificar los sistemas de Desarrollo Administrativo (SISTEDA), Calidad en la Gestión Pública, Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano, Sistema Nacional de Planeación, Modelo Estándar de Control Interno y demás sistemas existentes en la Administración Pública, determinando el alcance, estructura, factores comunes y no comunes, criterios de calidad y formas de operación, incluyendo mapa que represente dichos modelos.	De acuerdo con el Plan de Trabajo, esta actividad finalizó durante el segundo mes de actividades del contrato, y el documento asociado se entregó ese mismo mes.
<b>Obligación 4)</b> Presentar recomendaciones necesarias para la definición y operación del Modelo Unificado de Gestión por parte de la Función Pública.	Durante el periodo de reporte, participé en reuniones y elaboré presentaciones sobre las pruebas de validación del modelo; y sobre el contenido, la metodología y los datos existentes relacionados con el Formato Único de Registro de Avance de la Gestión (FURAG).
<b>Obligación 5)</b> Elaborar un documento que permita identificar en el nivel territorial las dimensiones pertinentes para caracterizar el territorio con el propósito de proponer los criterios diferenciales e implementar de manera diferenciada el Modelo Unificado de Gestión que defina la Función Pública.	De acuerdo con el Plan de Trabajo, esta actividad finalizó durante el cuarto mes de actividades del contrato, y el documento asociado se entregó ese mismo mes.
<b>Obligación 6)</b> Participar en la prueba de validación del Modelo en tres (3) entidades previamente definidas de manera conjunta con la Función Pública y elaborar un documento consolidado de resultados de las pruebas de validación.	Durante el periodo de reporte, participé en reuniones en donde se examinaron el cronograma, las metodologías y materiales para la ejecución de las pruebas de validación del modelo. Dada la necesidad de acordar el detalle de los instrumentos y de seleccionar cuidadosamente las entidades en las que se aplicarían las pruebas, de común acuerdo con el DAFP se decidió realizar esta actividad en el mes de diciembre.
<b>Obligación 7)</b> Participar en las reuniones y grupos de trabajo que la Función Pública organice para el cumplimiento del objeto contractual.	Durante el periodo de reporte participé en reuniones en las siguientes fechas y dependencias: Octubre 30: Gustavo García (Subdirector), María del Pilar García, Diana Caldas, Ángela Mejía, Arlington Fonseca (Dirección de Control Interno). Noviembre 19: Lilibian Caballero (Directora DAFP), Gustavo García (Subdirector), Carlos Humberto Moreno (Director de Desarrollo Organizacional), Diego Beltrán (asesor DAFP).  Las planillas en las que se registraron cada una de las reuniones (y que incluyen un listado de asistentes) están en poder del DAFP, y forman parte de los anexos del presente informe.
<b>Obligación 8)</b> Entregar los siguientes productos: a) Documento de los modelos y sistemas de gestión, incluyendo mapa que represente dichos modelos y sistemas, e identificando los aspectos a ser tenidos en cuenta en el Modelo Unificado de Gestión. b) Documento que contenga la caracterización de las dimensiones y características a partir de las cuales se puede hacer la diferenciación de los entes territoriales, y los parámetros para la implementación del modelo en el nivel territorial, y su gradualidad. c) Documento con resultados y valoración de las pruebas de validación.	De común acuerdo con el DAFP, el documento con resultados y valoración de las pruebas de validación se entregará en el mes de diciembre.
<b>Obligación 9)</b> Participar en las reuniones y grupos de trabajo que la Función Pública organice para el cumplimiento del objeto contractual.	Ver más arriba, actividades correspondientes a la Obligación 7.
<b>Obligación 10)</b> Presentar informe mensual de actividades realizadas, en original y en medio magnético, que contenga las actividades más relevantes desarrolladas dentro del Contrato. El informe deberá incluir los resultados de las acciones contempladas en el contrato, así como los productos pactados en los tiempos establecidos, de conformidad con el cronograma que arquee la Función Pública.	En cumplimiento de esta obligación se entrega el presente informe mensual de actividades.
<b>Obligación 11)</b> Presentar informe final de las actividades ejecutadas, en original y copia, que contenga las actividades más relevantes desarrolladas durante la ejecución del Contrato y aquellos que se le soliciten y guarden coherencia con el objeto del Contrato	El informe final de actividades será entregado en el mes de diciembre de 2015.
<b>Obligación 16)</b> Acreditar el pago al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, de conformidad con la normativa vigente, presentando los soportes de pago correspondientes, anexos al informe de actividades con el fin de tramitar cada pago.	Se anexa a este informe planilla del pago al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales correspondiente al mes de octubre de 2015.

Anexos: Planilla de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales correspondiente al mes de noviembre de 2015 con registro de pago. El número de autorización de la planilla es 173646296. Declaración juramentada correspondiente al mes de noviembre de 2015.

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



Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante: MFJgarcia  
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 05-01-01  
 Fecha y Hora Sistema: 2015-12-22-11:04 a. m.  
 JOSE LUIS GARCIA CAMARGO  
 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA -

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL									
Número:	385190015	Fecha Registro:	2015-12-17	Unidad / Subunidad Ejecutora:	05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	265115	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2015-12-18	Código de Referencia:	04500017600385190015		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Bruto:	7.500.000,00	Valor Deducciones:	382.585,00		Valor Neto:	7.117.415,00	Saldo x Pagar:	0,00	

VALORES PAGADOS										
TRM Pago		Valor Bruto	7.500.000,00	Valor Deducciones	382.585,00	Valor Neto	7.117.415,00	Moneda Base Compra		Valor MBC

REINTEGROS									
Numeros					No Recaudado:				
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:	79781825	Razón Social:	IVAN TOMAS MARTIN JIMENEZ				Medio de Pago:	Abono en cuenta		

CUENTA BANCARIA										
Número:	457300074814	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa	

TESORERIA					DOCUMENTO SOPORTE					
05-01-01 - DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL					Número:	0812015	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE	Fecha:	2015-12-17

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 - DAFF GESTION GENERAL / C-123-1000-4-0-0000000	MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLITICAS PUBLICAS NACIONAL												
	Nación	11	SSF	7.500.000,00	0,00	7.500.000,00					Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES										
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES				TERCERO			TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-02-01-01	RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - HONORARIOS		800*97268	C.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES			15,000 %	155.172,00	155.172,00	
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS		899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL			0,966 %	55.206,00	55.206,00	
2-01-04-01-50-01	RETEFUENTE - A EMPLEADOS SUJETOS A RETENCION ART.383 E.T		800*97268	C.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES			19,000 %	172.207,00	172.207,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
000 - DAFF GESTION GENERAL	6-8 - CNS - INVERSION ORDINARIA NACIÓN SSF	2015-12-15	7.500.000,00	05 NINGUNO	Pagada

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ