



FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO No. 019 DE 2021

Nombre del contratista	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Fecha de suscripción	Fecha de inicio	Fecha finalización	PÓLIZA			
Sandra Milena Ardila Cubides	52.356.296		8 1 2021	8 1 2021	20 12 2021				
Objeto: Prestar servicios profesionales en la Dirección de Empleo Público, para apoyar la elaboración de los documentos de lineamientos técnicos, investigaciones herramientas e instrumentos para el mejoramiento continuo de la política de empleo público y gestión estratégica del talento humano.						Número:			
						GARANTIAS	Valor Asegurado	Vigencia de los Amparos	
						Cumplimiento	N/A	Desde	Hasta
						Calidad del Servicio	N/A		
						Calidad de los elementos	N/A		
						Salarios y Prestaciones sociales	N/A		
						Estabilidad	N/A		
Buen Manejo del Anticipo	N/A								

DATOS DEL CONTRATO

Contrato N°:	19	Tipo de Contrato:	14 PRESTACIÓN DE SERVICIOS
REGISTRO PRESUPUESTAL			
Posición catálogo de gasto	Vigencia	No. Registro Presupuestal	Fecha de Registro
C-0505-1000-4-0-0505001-02	2021	2121	8/01/2021
			Valor
			87281944

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

Planilla No.	Valor	Periodo	Fecha de pago	No. Factura o No. Pago	Fecha de expedición	Valor	IVA	Total
941822584	\$ 886.200,00	Marzo	31 3 2021	4	18 5 2021	\$ 7.632.240,00	\$ 0,00	\$ 7.632.240,00
Valor en letras: Siete Millones Seiscientos Treinta y Dos Mil Doscientos Cuarenta Pesos M/Cte.								

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR

Certifico bajo la gravedad de juramento que toda la información relacionada en este formato es veraz y que:

- Con los ingresos provenientes del contrato mencionado en la parte superior de este documento cumpla con las obligaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que este pago no será presentado a otra entidad para los fines previstos en el parágrafo 1, artículo 4 del Decreto 2271 de 2009.
- 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
- He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad del presente contrato, por 90 días o más. (Artículo 383 E.T. Parágrafo 2.). SI NO
- Manifiesto bajo juramento que estoy obligado a presentar declaración de renta por el año 2020 SI NO
- Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:
 - Intereses de crédito de vivienda SI NO
 - Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud SI NO
 - Dependientes SI NO
- 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 trámite se aplique la deducción por concepto de:

Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe de actividades y/o del producto establecido en el contrato, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el mismo, por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD	No DE CUENTA	VALOR

Unicamente para el primer pago:

- Anexa Registro de Identificación Tributaria-R.I.T. expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIU) SI NO
- Anexa Registro Único Tributario-R.U.T. expedido por la D.I.A.N. documento en firme (copia de certificado documento sin costo) SI NO

La presente certificación se expide a los los 18 días del mes de mayo de 2021.

* Este documento se entendera suscrito por el usuario de ORFEO que se autentique en el sistema.

Anexos:	SI	NO	FOLIOS
Cuenta de cobro y/o factura		X	
Planilla de Pago de aportes a salud, pensiones y ARL	X		1
Informe de seguimiento al contrato	X		1
Póliza		X	

* El "SUPERVISOR" aprueba este documento con la autenticación a través de ORFEO

Observaciones:



Obligación Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHsgavilan SANDRA MONICA GAVILAN VILLAMIL
Unidad ó Subunidad Ejecutora: 05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL
Fecha y Hora Sistema: 2021-05-27-2:29 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Table with 10 columns: Numero, Vigencia Presupuestal, Valor Inicial, Valor Total Operaciones, Valor Deducciones, Valor Neto, Fecha Registro, Estado, Unidad / Subunidad ejecutora, Tipo de DIP, Nro. Compromiso, Valor Actual, Saldo x Ordenar, Valor Actual Moneda Original, Saldo x Ordenar Moneda Original, Valor IVA, Nro. Cdp, Atributo Contable, Medio de Pago, Comprobante Contable.

TERCERO

Table with 10 columns: Identificacion, Razon Social, CUENTA BANCARIA, Numero, Banco, CUENTA X PAGAR, Tipo, Ahorro, Estado, Activa, Numero, Tipo, Identificacion, Fecha de Registro, Numero, Tipo, CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - , Fecha, 2021-05-27

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

Table with 11 columns: DEPENDENCIA, POSICION CATALOGO DE GASTO, FUENTE, RECURSO, SITUAC., ATRIBUTO CONTABLE, FECHA OPERACION, VALOR INICIAL, VALOR OPERACION, VALOR ACTUAL, SALDO X ORDENAR

Objeto: CUARTO PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 019-2021 DOCUMENTO SOPORTE ADQUISICIONES No. DAFP1171

PLAN DE PAGOS

Table with 5 columns: DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC, POSICION DEL CATALOGO DE PAC, FECHA DE PAGO, ESTADO, VALOR A PAGAR

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

Table with 7 columns: POSICION DEL CATALOGO DE PAGO, IDENTIFICACION, NOMBRE BENEFICIARIO, BASE GRAVABLE, TARIFA, VALOR DEDUCCION, SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Ordenador del Gasto (E)
DIANA MARIA CALDAS GUALTEROS
C.C. 39.541.913

Coordinadora Grupo Gestión Financiera
JEANETTE CAROLINA RIVERA MELO
C.C. 52.032.472

Para verificar la validez de este documento escaneé el código QR, el cual lo redireccionará al repositorio de evidencia digital de la Función Pública

Función Pública
El servicio público es de todos

Documento firmado digitalmente
El sistema de gestión documental Orffice