

El servicio público es de todos		Función Pública		FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS																											
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO No. CPS-133 DE 2021																															
Nombre del contratista		C.C.	C.E.	Pasaporte	Fecha de suscripción			Fecha de inicio			Fecha finalización			PÓLIZA																	
ALFONSO SEPÚLVEDA GALEANO					25	1	2021	25	1	2021	20	12	2021	Número:																	
Objeto: "Prestar servicios profesionales a la Dirección de Desarrollo Organizacional para apoyar la consolidación de información para el fortalecimiento del manual de estructura del Estado Territorial e implementación del proceso de Acción Integral por medio de la orientación, acompañamiento y actualización de los Manuales Específicos de Funciones y Competencias Laborales de las Entidades asignadas."										GARANTIAS		Valor Asegurado		Vigencia de los Amparos																	
										Cumplimiento				Desde		Hasta															
										Calidad del Servicio																					
										Calidad de los elementos																					
										Salarios y Prestaciones sociales																					
										Estabilidad																					
										Buen Manejo del Anticipo																					
DATOS DEL CONTRATO																															
Contrato N°:		CPS-133-2021			Tipo de Contrato :			14 PRESTACIÓN DE SERVICIOS																							
REGISTRO PRESUPUESTAL																															
Posición catálogo de gasto		Vigencia			No. Registro Presupuestal			Fecha de Registro			Valor																				
C-0505-1000-3-0-0505042-02		2021			16421			25/01/21			66755824																				
"adquisición de bienes y servicios - servicios de asistencia técnica para el diseño institucional de las entidades - mejoramiento de los niveles de eficiencia y productividad de las entidades públicas del orden nacional y territorial."																															
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																				
50455531	2404800	may-21	3	6	2021	15	7	7	2021	\$ 5.162.331,09	\$ 980.842,91	\$ 6.143.174,00																			
51106413	2404800	jun-21	1	7	2021	Valor en letras: SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS.																									
CERTIFICACIÓN CONTRATISTA						CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR																									
<p>Certifico bajo la gravedad de juramento que toda la información relacionada en este formato es veraz y que:</p> <p>1. 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 párrafo 1, artículo 4 del Decreto 2271 de 2009.</p> <p>2. Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotización, excede el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>3. 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.).</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4. Manifiesto bajo juramento que estoy obligado a presentar declaración de renta por el año 2020</p> <p>SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>5. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:</p> <p>a. Intereses de crédito de vivienda SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dependientes SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>5. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios</p> <p>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:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>NOMBRE ENTIDAD</th> <th>No DE CUENTA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD	No DE CUENTA	VALOR					<p>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.</p>																	
CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD	No DE CUENTA	VALOR																												
<p><u>Únicamente para el primer pago:</u></p> <p>6. Anexa Registro de Identificación Tributaria-R.I.T. expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIU) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>7. Anexa Registro Único Tributario-R.U.T. expedido por la D.I.A.N. documento en firme (copia de certificado documento sin costo) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>* Este documento se entenderá suscrito por el usuario de ORFEO que se autentique en el sistema.</p>						<p>La presente certificación se expide a los siete (7) días del mes de Julio de 2021.</p>																									
<p>Anexos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>FOLIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuenta de cobro y/o factura</td> <td>X</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Planilla de Pago de aportes a salud, pensiones y ARL</td> <td>X</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Informe de seguimiento al contrato</td> <td>X</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Póliza</td> <td></td> <td>X</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO	FOLIOS	Cuenta de cobro y/o factura	X		1	Planilla de Pago de aportes a salud, pensiones y ARL	X		2	Informe de seguimiento al contrato	X		1	Póliza		X	1	<p>* El "SUPERVISOR" aprueba este documento con la autenticación a través de ORFEO.</p>					
	SI	NO	FOLIOS																												
Cuenta de cobro y/o factura	X		1																												
Planilla de Pago de aportes a salud, pensiones y ARL	X		2																												
Informe de seguimiento al contrato	X		1																												
Póliza		X	1																												
<p>Observaciones: Se adjunta Factura Electrónica de Venta No. 15 expedida el 7 de Julio de 2021. La planilla de pago aportada, por concepto de pago de aportes a los sistemas de seguridad social en Salud, Pensiones y ARL, consolida los aportes efectuados durante el periodo, por tener más de un contrato de prestación de servicios vigente, observando que los Contratantes adicionales son: Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca - CAR (Entidad pública) y Cafesalud EPS S.A. en Liquidación (Entidad Privada).</p>																															



Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHsgavilan SANDRA MONICA GAVILAN VILLAMIL
Unidad ó Subunidad Ejecutora 05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL
Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 2021-07-13-9:22 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

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

TERCERO

Table with 10 columns: Identificacion, Razon Social, Medio de Pago, Numero, Banco, Tipo, Ahorro, Estado, Cuenta X PAGAR, CAJA MENOR, Numero, Tipo, Identificacion, Fecha de Registro, Numero, Tipo, Fecha.

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

Table with 10 columns: DEPENDENCIA, POSICION CATALOGO DE GASTO, FUENTE, RECURSO, SITUAC., ATRIBUTO CONTABLE, FECHA OPERACION, VALOR INICIAL, VALOR OPERACION, VALOR ACTUAL, SALDO X ORDENAR.

Objeto: SEXTO PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 133-2021 FACTURA No. FE15

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
JAIME ANDRES GONZALEZ MEJIA
C.C. 1.065.578.743

Coordinadora Grupo Gestión Financiera
JEANETTE CAROLINA RIVERA MELO
CC 52.032.472

Para verificar la validez de este documento escaneé el código QR, el cual lo redireccionará al repositorio de servicios públicos de Bogotá.

Función Pública
El servicio público es de todos

Objeto: SEXTO PAGO CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 133-2021 FACTURA No. FE15