PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 5
FN.FT.01

Agencia NACIONAL DIGITAL

DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	86.074.787
NOMBRE	JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

FECHA DE RADICADO EN SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA TRÁMITE DE PAGO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND-484-2022	VIGENCIA	DESDE	12	AGOSTO	2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 40.000.000,00		HASTA	31	DICIEMBRE	2022

MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
VALOR ADICIONADO		PRÓRROGA HASTA		DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO		DÍA		AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE DÍA	MES	AÑO			
	HASTA DÍA	MES	AÑO			
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 40.000.000,00	TERMINACIÓN ANTICIPADA		DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	1722	NÚMERO DE RP	72522
RUBRO	C-2302-0400-1-0-2302003-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	CUARTO (4)	RÉGIMEN	NO RESPONABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 8.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 8.000.000,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	$32.000.000,00
SALDO POR PAGAR	$ 8.000.000,00

BASE GRAVABLE	$ 0,00
IVA	$ 0,00
TOTAL	$ 0,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 512.000,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 400.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	$ 16.704,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	84137054824

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Articulo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al pais).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aqui establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
JOSÉ ALFREDO RUIZ PERALTA	SUBDIRECTOR	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

JOSE ALFREDO RUIZ PERALTA
Digitally signed by JOSE ALFREDO RUIZ PERALTA
Date: 2022.12.01 17:20:42 -05'00'

FIRMA: JOSÉ ALFREDO RUIZ PERALTA

Si usted copia o imprime este documento la Agencia Nacional Digital lo considerará como no Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ
No. Identificación: CC86074787
Dirección: CLL 50 #45- 60
Telefono: 6086734747
Correo: munoz.jorgel@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 62497369

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC86074787	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2022
Número de planilla	62497369	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2022
Fecha pago	2022-10-26	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1267380	**Total Pagado**	406400
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	224000	1
EPS005	Sanitas EPS	175000	1

62497369

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 86074787
APELLIDOS Y NOMBRES: JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1400000	1400000	1400000	0	175000	0	224000	0	7400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
62497369	26/10/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	N	31/10/2022	62828940	$522.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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 Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ		cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
62497369	26/10/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	N	31/10/2022	62828940	$522.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86074787	MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS	57	0			N																	25-14	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS005	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ
No. Identificación: CC86074787
Dirección: CLL 50 #45- 60
Telefono: 6086734747
Correo: munoz.jorgel@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 63449890

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC86074787
Número de planilla	63449890
Fecha pago	2022-11-30
Número de autorización pago	1290531
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2022
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2022
Número de Administradoras	3
Total Pagado	406400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	224000	1
EPS005	Sanitas EPS	175000	1

63449890

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 86074787
APELLIDOS Y NOMBRES: JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1400000	1400000	1400000	0	175000	0	224000	0	7400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ	cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
63449890	30/11/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	N	01/12/2022	63645562	$522.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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 Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86074787	JORGE LUIS MUÑOZ MARTINEZ		cll 50 #45- 60	6086734747	munoz.jorgel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
63449890	30/11/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	N	01/12/2022	63645562	$522.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86074787	MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS	57	0			N																	25-14	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS005	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 3
CT.FT.02

Nombre: JORGE LUIS MUÑOZ MARTÍNEZ
N° contrato: AND-484-2022
Fecha de inicio: 12/08/2022
Fecha de terminación: 31/12/2022
Período de pago: noviembre
N° de pago y/o factura: Cuarto pago
Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, los servicios profesionales con la finalidad de ejecutar las actividades necesarias como analista de requerimientos y QA senior para el levantamiento de requerimientos y el aseguramiento de calidad de los desarrollos de software realizados durante los procesos el marco de la articulación de los Servicios Ciudadanos Digitales
Supervisor: José Alfredo Ruíz Peralta

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	1. Apoyar y dar seguimiento al análisis de los requerimientos de software, surtiendo las fases definidas en el proceso de análisis, validación funcional y técnica, estimación y priorización de requerimientos de los desarrollos de software requeridos en el marco de la articulación de los servicios ciudadanos digitales.	Se realizaron reuniones con el área técnico del proyectoREDAM para el entendimiendo del negocio del proyecto REDAM Se realizaron sesiones para el ajustes de historias de usuario con el equipo de procesos, equipo jurídico y equipo funcional	https://365and.sharepoint.com/:f:/s/REDAM/EuZtAwMkyS1PnRVtwhcssfQBI1x9wHFttUPAN0s5uMmuYw?e=WLO9Uz https://365and.sharepoint.com/:f:/s/REDAM/EuZtAwMkyS1PnRVtwhcssfQBI1x9wHFttUPAN0s5uMmuYw?e=kxiULf
02	2. Hacer entrega oportuna de informes solicitados por las subdirecciones de la AGENCIA NACIONAL DIGITAL.	Se realizó acompañamiento en la elaboración de la documentación requerida para el segundo pago del proyecto REDAM	https://365and-my.sharepoint.com/:w:/g/personal/carlos_corredor_and_gov_co/ER8FvI__IXREr2EYnMfuCXABjS43faGf5SEmBbrlDmlqpw?e=Dgt4XX
03	3. Liderar y acompañar el levantamiento de requerimientos funcionales y no funcionales, empleando los artefactos definidos para el levantamiento de requerimientos, tales como historias de usuario, casos de uso, diagramas, matrices y demás documentación técnica requerida en el marco de los proyectos del anexo de experiencia de usuario, uso y apropiación y/o cualquier otro proyecto de la Agencia Nacional Digital.	Se realizó reuniones para realizar ajustes a las historias de usuario de acuerdo a las recomendaciones del cliente.	https://365and-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/carlos_corredor_and_gov_co/EQ9U2xDWSRdMpryyyAjxdy4B85GPPgG6PweFqaPg2RxaQ
04	4. Liderar la documentación y ejecución de las pruebas de los desarrollos de software requeridos en el marco de los proyectos del anexo de experiencia de usuario, uso y apropiación y/o cualquier otro proyecto de la Agencia Nacional Digital.	Se realizaron pruebas sobre el desarrollo del proyecto REDAM Se realizaron pruebas sobre la aplicación móvil del proyecto PAIWEB	https://365and.sharepoint.com/:f:/s/EstampillaElectrnica/EgPJnO4XT7lFkzbebONOH1kBt6lJAy669gTCY1p_bl9y9Q?e=YEbTfZ
05	5. Realizar y entregar de manera completa el total de la documentación relacionada con el análisis de requerimientos y pruebas realizados en los diferentes proyectos de la Agencia Nacional Digital, en los tiempos estipulados o el momento que esta lo requiera.	Se documentan las Historias de usuario y mockups de los módulos Administración y Registro de deudores alimentarios morosos para el proyecto REDAM en el repositorio sharepoint	https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_OWNhNTAwNjgtMmJkOC00YmUwLWI1ZjMtMWFhNmM4ZmMyNGZj%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22bfe2bfb1-a190-4095-b458-813c34964b88%22%2c%22Oid%22%3a%225f6c6a55-85d1-43a1-b803-057f9d22b1e0%22%7d

06	6. Mantener actualizadas las herramientas de gestión del ciclo de vida del desarrollo de software relacionadas con los proyectos adelantados por la AGENCIA NACIONAL DIGITAL a través de la Subdirección de Servicios Ciudadanos Digitales.	Se actualiza el repositorio con la documentación del proyecto REDAM	https://365and.sharepoint.com/:x:/r/sites/EstampillaElectrnica/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C3565A4-7D2D-4A4E-BBDB-B391290CC141%7D&file=War%20Room.xlsx&action=default&mobileredirect=true&cid=798e3174-a4cb-41e4-a224-77801a250e86 http://172.30.70.63:8080/login.jsp
07	7. Participar en las reuniones interinstitucionales e institucionales relativas a temas derivados del objeto del contrato, así como las fijadas por la AGENCIA NACIONAL DIGITAL.	Se participa en la reunión de entrega de app móvil con el MSPS Se participa en la reuniones entre AND - MinTic Se participa en la reunionescon el equipo de procesos	Revisión técnica WS EAPB - Proyecto PAIWEB Solicitud Sesión Técnica APP Movil. (Mediación contrato 025 de 2020) https://365and-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/luis_clavijo_and_gov_co/Ecm6OzQeRNlKrYZoK1b3Rh8B0Yyyu_wSSCu2JDzGhz-I0w
08	8. Las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.	Se realiza el apoyo a la gerencia en las diferentes actividades de avance del proyecto REDAM	Estimación CPE https://365and-my.sharepoint.com/:v:/g/personal/jorge_munoz_and_gov_co/EbFCMiGzk-dPhqH7g8Y75QQBhMeQw0_x4TshketSPl9vQg

* Corresponde al número de la obligación contractual según el orden en el que se encuentra en el estudio previo

Se adjunta el soportes de pago de seguridad social de los meses de octubre y noviembre de 2022

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO CERTIFICACIÓN PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO
Versión: 1
FN.FT.03

Bogotá D.C., 1/12/2022

Señores
CORPORACIÓN AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

REF: CERTIFICACION PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 86074787, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, SI ( ) NO (X) **“He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos”. (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,



Jorge Luis Muñoz Martínez
C.C. 86074787

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04

Bogotá D.C., **1/12/2022**

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

Yo MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 86074787, Empleado ( ) Contratista (X), de la SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES, con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento(1)
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento.(1)
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento.(1)
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Registro civil de nacimiento(1)
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco.(1)
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Documento que demuestre el parentesco.(1)
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco.(1)

	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. (2) - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco.(1)

(1) Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

(2) Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Número de anexos (relacionar cantidad y los documentos anexados)

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.



Jorge Luis Muñoz Martínez
C.C. 86074787

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.230.340.788

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54711967**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A F Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SAUL-COOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	GONZALEZ

Nombre(s)

MIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52688328-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GARCIA ANGELICA BIBIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.829.435	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 86.074.787	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 86.074.787	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes AGO Día 15	GILBERTO ECHEVERRY MARCO A. CESPED Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.123.447.732

Indicativo Serial 57368860

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 788

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	SALAZAR

Nombre(s)

EMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ABR Día 09	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Clase de documento antecedente o Declaración de testigos	Número de identificación del inscrito
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	1390012 2-4

Datos de madre o padre (Para casos de madres indígenas con hijos registrados con otros apellidos o parejas del mismo sexo, anotar al preguntar que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SALAZAR ROMERO LAURA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35.260.857	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de madres indígenas con hijos registrados con otros apellidos o parejas del mismo sexo, anotar al preguntar que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 86.074.787	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 86.074.787	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes ABR Día 18	FABIO AUGUSTO RAMIREZ BERNAL (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	FABIO AUGUSTO RAMIREZ BERNAL (E)

Nombre y firma

18-ABR-2017 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTA MARGINAL 228

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO