COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Formato único para pago contratistas

Función Pública

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO No. 106 DE 2023

Nombre del contratista	C.C. ■ C.E. ☐ Pasaporte ☐	Fecha de suscripción	Fecha de inicio	Fecha finalización	No. Pagos	No. Cesiones	No. Modificación	Terminación Anticipada
ANDREA CATALINA MONTENEGRO ORDOÑEZ	1.010.208.632	24 3 2023	29 3 2023	22 12 2023	7 de 10	de	de	SI ☐

Objeto: Prestar servicios profesionales en la Subdirección General del Departamento Administrativo de la Función Pública, orientados al apoyo y acompañamiento en la creación, estructuración funcional y distribución de competencias para la nueva Oficina de Control Interno Disciplinario de acuerdo con los parámetros establecidos en la Ley 2094 de 2021 "Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones".

No.	Fecha de Cesión
1	
2	
3	

No.	Fecha de Modificación
1	
2	
3	

Póliza

Número: 25-46-101027006

Garantías	Valor Asegurado	Vigencia de los Amparos	
		Desde	Hasta
Cumplimiento	$ 7.606.944,60	24 3 2023	1 7 2024

DATOS DEL CONTRATO

Contrato Nº.:	106	Tipo de Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	14 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

REGISTRO PRESUPUESTAL

Posición catálogo de gasto	Vigencia	No. Registro Presupuestal	Fecha de Registro	Valor
C-0505-1000-4-0-0505003-02	2023	27923	29/03/2023	$ 76.069.446,00
			Total	$ 76.069.446,00

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Planilla No.	Valor	Periodo	Fecha de pago
7892470687	$ 1.064.800	Agosto	6 9 2023

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

No. Factura o No. Pago	Fecha de expedición	Valor	IVA	Total
7	25 10 2023	$ 8.579.261,00		$ 8.579.261,00
Valor en letras:	OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS			

CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

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

1. *Con los ingresos provenientes del contrato mencionado en la parte superior de este documento cumplo 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.*

2. *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 **X**

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.).* SI ☐ NO **X**

4 *. Manifiesto bajo juramento que estoy obligado a presentar declaración de renta por el año 2022* SI ☐ NO **X**

5. *Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:*

a. Intereses de crédito de vivienda SI ☐ NO ☐
b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud SI ☐ NO ☐
c. Dependientes SI ☐ NO ☐

6. *Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios*

Acogiéndome al beneficio del Articulo 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

Únicamente para el primer pago:

7. *Anexa Registro de Identificación Tributaría-R.I.T. expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIIU)* SI **X** NO ☐

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR

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.

La presente certificación se expide a los 25 ***días del mes de 10*** *de 2023*

Anexos:	SI	NO	No. Folios
Cuenta de cobro y/o factura	X		
Planilla de Pago de aportes a salud, pensiones y ARL	X		
Informe de seguimiento al contrato	X		
Producto (Si Aplica)			
Anexos (Opcional)			
Póliza (Si aplica)	X		

Nombre del Supervisor MELISSA PACHECO PÉREZ

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

Observaciones: