

**CERTIFICADO DE
SUPERVISION E INTERVENTORIA
PARA LA GESTION DE CUENTAS**Contrato No : 11420-290-0-2020
Pago No: 4

Página 1 de 1

PARA: Henry Humberto Villamarín
Director Financiero**DE:** Hugo Leon Parra
Jefe Oficina Asesora De Comunicaciones

Objeto: Prestar servicios profesionales en el Comando Operativo de Control y Reacción de la Policía Metropolitana de Bogotá, en las actividades de prensa, comunicación e imagen institucional relacionadas con los programas y eventos en los que participe la MEBOG.

Tipo	PRESTACION SERV. PROFESIONALES
Contratista	Maria Idaly Saza Gonzalez
Cédula o Nit:	CC 23498775

Fecha Suscripción	16-03-2020	Fecha Acta Inicio	18-03-2020	Fecha Terminación	17-11-2020
Valor Contrato	\$40,000,000.00	Plazo Ejecución	8 Meses Contados a partir de la suscripción del acta de iniciación u orden		

Período certificado: Entre el 01 de junio de 2020 y el 30 de Junio de 2020

No.CUENTA DE COBRO	4	Fecha:	01/07/20
--------------------	---	--------	----------

Registros Presupuestales y Valores a Afectar

Año	UE	RP No	CDP No	Rubro	Fte-Det Fte	Concepto de Gasto	Valor Bruto	Iva	Valor antes de Iva
2020	02	268	221	3-3-1-15-03-19-7507-148-148 - Fortalecimiento de los organismos de seguridad del distrito	01-12	03-04-0001-Personal contratado para apoyar las actividades propias de los proyectos de inversion de la entidad	\$5,000,000	\$	\$5,000,000
TOTAL FACTURA							\$5,000,000	\$	\$5,000,000

Valor en letras: Cinco Millones Pesos M/Cte. (\$5,000,000.00)

Resumen Financiero

Pagos Anteriores:	\$12,166,666.00	Presente Certificación:	\$5,000,000.00	Saldo Contrato:	\$27,833,334.00
-------------------	-----------------	-------------------------	----------------	-----------------	-----------------

Información Aportes a Seguridad Social

PLANILLA No: MAY:43116583 Nov.Ingreso:

Tipo	Entidad/ Beneficiario	Tipo ID	No. Identificación	Valor Deducible	Valor Pagado	Valor ant Deducible
ARL	POSITIVA	NIT	860011153	\$10,440.00	\$10,500.00	\$10,440.00
PENSION	PROTECCIÓN	NIT	800229739	\$320,000.00	\$60,000.00	\$320,000.00
SALUD	COMPENSAR	NIT	860066942	\$250,000.00	\$250,000.00	\$250,000.00
TOTAL				\$580,440.00	\$320,500.00	\$580,440.00

En mi calidad de contratista manifiesto bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social presentados a la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia corresponden a ingresos provenientes del presente contrato de prestación de servicios. De igual manera, certifico bajo mi entera responsabilidad, que los documentos físicos y magnéticos entregados para pago se ajustan a los establecido en el contrato (formatos) y al instructivo de pagos de la Dirección Financiera (I-GF-1).

Declaración: Con su firma el supervisor del contrato, certifica bajo su entera responsabilidad, que los documentos, físicos y magnéticos entregados por el contratista (facturas, informes, formatos, copias planillas de aportes al Sistema General de Seguridad Social y demás soportes establecidos en la minuta del contrato y en el instructivo de pagos de la Dirección Financiera (I-GF-1)), se ajustan a lo establecido en el contrato y todos los requisitos de ley autorizando el pago de acuerdo a los anexos.

OBSERVACIONES: Se anexa la planilla correspondiente al mes de mayo de 2020 número 43116583. La contratista se acogió al beneficio otorgado por el Decreto legislativo 558-2020 con el cual pago los aportes a pensión del mes de mayo sobre el 3%.

Nombre Supervisor y/o Profesional responsable :

Hugo Leon Parra

Cargo: Jefe Oficina Asesora De Comunicaciones

Firma(s) del (los) Supervisor(es)

Elaborado por: Drayan Camilo Serna Moreno**Fecha Elaboración:**

01-07-2020

DEVOLUCION POR LA DIRECCION FINANCIERA

Causal	Fecha	No. Radicadode salida	Devuelto por:

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	23498775	Maria Idaly Saza Gonzalez		CRA 55 A # 18 B 80	3124559691	idalysaza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	I	04/06/2020	43116583	\$332.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	60.000	0	0	0	0	0	0		60.000	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	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.000	0	0	12.000	1

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	250.000	250.000
Pensión	1	60.000	60.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	1	12.000	12.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	332.500	332.500

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	04/06/2020	43116583	\$332.500	

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Empleado	Cotiza anterior	Exonerado	EN	NO	DE	TAL	TDP	TAP	VSP	VST	UE	LMA	VAC	AVP	NCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	23498775	Saza Gonzalez Maria Idaly	59	0	N																		230201	2.000.000	60.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	12.000	0	0	0	0	0

PAGADA



SECRETARÍA DE
SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA

CERTIFICACION BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Bogotá, D.C. 01 de Julio de 2020

Señores:

SECRETARIA DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA

Ciudad

ASUNTO: Certificación Decretos Legislativos No.558 y 568 de 2020 -Autorización Descuentos.

Yo Maria Idaly saza Gonzalez identificado con C.C. No 23,498,775 expedida en Chiquinquirá
con contrato de prestación de servicios No 290 de 2020 para efectos de dar cumplimiento con el Artículo 9 del
Decreto 568 de 2020 y el Artículo 3 del Decreto 558 de 2020, Certifico bajo la gravedad de Juramento lo siguiente:

Por favor marque (X)

I. APOORTE SOLIDARIO - DECRETO 568 DE 2020			SI	NO
1	Los Honorarios	Autorizó de manera voluntaria, el aporte solidario voluntario en los términos del artículo 9 del Decreto Legislativo 568		x
		Mes de abril de 2020, cuyo pago se efectuará en el mes de mayo de 2020		X
		Mes de mayo de 2020, cuyo pago se efectuará en el mes de junio de 2020		X
		Mes de junio de 2020, cuyo pago se efectuará en el mes de julio de 2020		X
II. SISTEMA GENERAL DE PENSIONES - DECRETO 558 DE 2020			SI	NO
1	Los Honorarios	Autorizó de manera voluntaria, el aporte por concepto de pensiones del 3% en los términos del Capítulo I del mencionado Decreto		
		Los honorarios del mes de abril de 2020, cuyo pago se efectuará en el mes de mayo de 2020		X
		Los honorarios del mes de mayo de 2020, cuyo pago se efectuará en el mes de junio de 2020	X	
		Autorizó de manera voluntaria, continuar efectuando el aporte por concepto de pensiones del 16% en los términos establecidos por ley	x	
III. MANIFESTACIÓN Referencia: Aplicación Concepto DIAN 100208221-469			SI	NO
1	Manifiesto que tengo contratos adicionales con otras entidades estatales			X
En caso de ser afirmativo el numeral anterior diligenciar la siguiente información:				
ENTIDAD CON QUIEN TIENE CONTRATO			Valor honorarios mensuales antes de iva	Fecha de terminación
1				
2				
3				
4				
5				
FIRMA: <u>Idaly S</u>				
Correo electrónico: <u>idalysaza@hotmail.com</u>				