BOGOTÁ | SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL

INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
(FINANCIERA)

1. DATOS GENERALES										
CONTRATO No.	83					**FECHA**	13/05/2020			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DORA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ					**Nº CEDULA**	51649014			
CARGO DEL SUPERVISOR:	Profesional Especializado 222-27									
NOMBRE (Contratista/Empresa):	LAURA VALENTINA GÓMEZ GUTIÉRREZ					**CEDULA/NIT:**	1014198225			
OBJETO:	Prestar servicios profesionales para apoyar el desarrollo de las actividades del plan de acción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de la Secretaría Jurídica Distrital.									
VALOR INICIAL:	$									59.160.998
VALOR ADICIÓN (Si Aplica):	$									-
VALOR TOTAL:	$									59.160.998
PLAZO:	7	MESES	15	DIAS						
PRORROGA (Si Aplica):	PRORR.	SI		NO		**ADICIÓN**	SI		NO	
SUSPENSIONES (Fecha Inicial-Final):	00/00/0000	a	00/00/0000	00/00/0000	a	00/00/0000				
FECHA DE ACTA DE INICIO:	15/05/2020									
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO:	29/12/2020									
FECHA CERTIFICACIÓN	02/06/2020									
PERIODO CERTIFICACIÓN	15/05/2020	a	30/05/2020							

RP	Rubro Presupuestal	Nombre del Rubro Presupuestal	Fuente Financiación	Centro de Costos
113	3-1-2-02-02-03-0002-003	Otros Servicios Jurídicos n.c.p.	Otros Distritos	

2. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	$				59.160.998,00
	RELACIÓN DE PAGOS				
REGISTRO DE PAGO(S)	*ENERO*	*FEBRERO*	*MARZO*	*ABRIL*	*$ 4.207.004*
	JUNIO	*JULIO*	*AGOSTO*	*SEPTIEMBRE*	*OCTUBRE*
	NOVIEMBRE	*DICIEMBRE*	**TOTAL**	**$**	**4.207.004**
VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO	**$**				**4.207.004**
FALTANTE POR PAGAR	**$**				**54.953.994**
NUMERO DEL PAGO A REALIZAR	**1**				

3. CONTRATISTA

Al firmar el presente formato, el contratista en calidad de trabajador independiente con Contrato de Prestación de Servicios suscrito con la Secretaría Juridica Distrital, manifiesta que bajo la gravedad de juramento, con las implicaciones penales consiguientes, que los documentos soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios citado en el apartado 1 del presente documento, materia de pago sujeto a retención de acuerdo a la siguiente información:

	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nº DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	MES DE APORTE
PAGO APORTES SALUD	Nueva EPS	42479061	08/05/2020	ABRIL
PAGO APORTES PENSIÓN	Colpensiones	42479061	08/05/2020	ABRIL
PAGO APORTE ARP	SURA	42479061	08/05/2020	ABRIL

* Tenga en cuenta que si adjunta planilla de pago de la planta de empleados de su empresa (Persona Juridica) "La tabla de calculo no

BOGOTÁ | SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL

INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
(FINANCIERA)

DETALLE DEL PAGO POR CONCEPTO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

* **SI** Estoy obligado a pagar pensión.

* **NO** Pertenezco al régimen común

IVA	0%

PERIODO CERTIFICADO						ARL
						Clase de Riesgo
FECHA INICIAL	FECHA FINAL	DIAS CERTIFICADOS	VALOR MENSUAL($)	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	1
				12,5%	16,0%	0,52%
15/05/2020	30/05/2020	16	4207004	$ 210.400	$ 269.300	$ 8.800

* Recuerde que la planilla puede registrar un valor superior (por lo anterior no es necesario solicitar corrección del formato).

SMLMV	$	877.803

Valor Fondo solidaridad	

* Fondo de solidaridad **NO** (1% del valor base a cotizar en seguridad social cuando supera los 4 smlmv)

Por lo anterior y en cumplimiento de LEY 1819 de 29 de diciembre de 2016 "Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones.", razón por la cual el contratista procede a certificar:

CERTIFICA		
Poseo a la fecha una cuenta AFC (Ahorro fomento a la Construcción) con un ahorro de	$	-
Efectúo aportes Voluntarios a Pensiones a la presente fecha con un aporte de	$	-

Pagué intereses en préstamo para la adquisición de vivienda (o el costo financiero de un contrato de leasing) valor pagado año anterior:

SI [X] NO [ ]

**** Recuerde que debe adjuntar la certificación del banco a 31 de Diciembre.***

Pagué un contrato de medicina prepagada en el año inmediatamente anterior SI [ ] NO [X]

**** Recuerde que debe adjuntar la certificación de la empresa prestadora del servicio a 31 de Diciembre.***

Por lo anterior y en cumplimiento del articulo 387 del Estatuto Tributario procede a certificar:

NOMBRE	CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDIENTE

**** Ver condiciones de aplicación en la página siguiente.***

INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
(FINANCIERA)

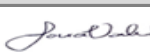
4. SUPERVISOR

El supervisor del contrato **CERTIFICA** el cumplimiento a satisfacción del Contrato de Prestación de Servicios del objeto citado en el durante **15/05/2020** a **30/05/2020** razón por la cual el supervisor procede a certificar que se efectue el pago

al contratista en el presente mes el cual es: **$** **4.207.004,00**

8. DATOS PARA EL GIRO	
BANCO	DAVIVIENDA
Nº DE CUENTA	004870389931
TIPO DE CUENTA	AHORROS

7. FIRMAS

DATOS DEL SUPERVISOR(A)		DATOS DEL CONTRATISTA	
APRUEBA EN EL APLICATIVO SIGA		***FIRMA:***	
Nombre:	**DORA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ**	**Contra/Empresa:**	**LAURA VALENTINA GÓMEZ GUTIÉRREZ**
Cedula:	**51649014**	**Cedula/NIT:**	**1014198225**
Cargo:	**Profesional Especializado 222-27**		

* Los suscritos Supervisor(a) y Contratista mediante este documentos dan fe de la información aquí suscrita.

OBSERVACIONES

* NOTA- De acuerdo con la normatividad vigente; (Parágrafo 3°, Art 2° Decreto 099 de 2013) los dependientes aplican en los siguientes casos:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones debidamente reconocidas por el ICFES o por la autoridad oficial correspondiente o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad correspondiente.
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal.
4. El cónyuge o compañero permanente que se encuentren en situación de dependencia bien sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT certificada por Contador público, o por dependencia originada en factores físicos o sicológicos que sean certificados por medicina legal y/o su respectiva EPS.
5. Los padres y los hermanos del empleado que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT certificadas por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

De la misma manera manifiesto que de las personas relacionadas en este formato, soy la única persona que hace uso de este beneficio.

INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
(FINANCIERA)