# INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
# (FINANCIERA)

| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO No.** | 83 | | | | | **FECHA** | 13/05/2020 | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DORA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ | | | | | **Nº CEDULA** | 51.649.014 | | |
| **CARGO DEL SUPERVISOR:** | Profesional Especializado 222-27 | | | | | | | | |
| **NOMBRE (Contratista/Empresa):** | LAURA VALENTINA GÓMEZ GUTIÉRREZ | | | | | **CEDULA/NIT:** | 1.014.198.225 | | |
| **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** | 03/08/2020 | | | | | | | | |
| **PERIODO CERTIFICACIÓN** | 01/07/2020 | a | 31/07/2020 | | | | | | |

| 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 | Gestión del Talento Humano |

## 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* |
| | *$ 7.888.133* | *$ 7.888.133* | *AGOSTO* | *SEPTIEMBRE* | *OCTUBRE* |
| | *NOVIEMBRE* | *DICIEMBRE* | **TOTAL** | **$** | **19.983.270** |
| VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO | **$** | | | | **7.888.133** |
| FALTANTE POR PAGAR | **$** | | | | **39.177.728** |
| NUMERO DEL PAGO A REALIZAR | **3** | | | | |

## 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 | 44355328 | 03/08/2020 | Junio |
| **PAGO APORTES PENSIÓN** | Colpensiones | 44355328 | 03/08/2020 | Junio |
| **PAGO APORTE ARP** | Positiva | 44355328 | 03/08/2020 | Junio |

BOGOTÁ | SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL

# INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
# (FINANCIERA)

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

## 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% |
| 01/07/2020 | 31/07/2020 | 31 | 7888133 | $ 394.500 | $ 504.900 | $ 16.500 |

* 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR
# (FINANCIERA)

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

## 4. SUPERVISOR

El supervisor del contrato **CERTIFICA** el cumplimiento a satisfacción del Contrato de Prestación de Servicios del objeto citado durante **01/07/2020** a **31/07/2020** razón por la cual el supervisor procede a certificar que se efectue el pago

al contratista en el presente mes el cual es: **$ 7.888.133,00**

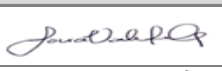
## 5. DATOS PARA EL GIRO

| | |
|---|---|
| BANCO | DAVIVIENDA |
| Nº DE CUENTA | 004870389931 |
| TIPO DE CUENTA | AHORROS |

## 6. APROBACIÓN DEL INFORME DE PAGO

Se debe adjuntar el pantallazo de aprobación del informe de pago del contratista en la plataforma transaccional SECOP II y remitirlo con el memorando electrónico de autorización de pago que se realiza en SIGA y los soportes del pago de Seguridad Social respectivos a la Dirección de Gestión Corporativa.

## 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.

**INFORME DEL CONTRATISTA - SUPERVISOR**
**(FINANCIERA)**

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.