



Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA República de Colombia

EVALUACION CONTRATISTAS

CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA

FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa) 24/08/2015

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO No:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	NIT / RUT No:
109	16/07/2015	ANA PAOLI A GOMEZ ACOSIA	524907047

TIPO DE CONTRATO

ADQUISICIÓN DE BIENES  PRESTACIÓN DE SERVICIOS  OBRA PÚBLICA  OTROS (INDIQUE CUAL):

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites, para apoyar en la identificación de las variables e instrumentos requeridos para la construcción de la metodología de análisis de costos administrativos.

FECHA DE INICIO	16/07/2015
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2015

GARANTÍAS

CLASIFICACIÓN DE GARANTÍA	VALOR ASEGURADO (\$)	VIGENCIA DE LOS AMPAROS	
		DESDE (DD/MM/AAAA)	HASTA (DD/MM/AAAA)
Cumplimiento	\$ 8,000,000.00	16/07/2015	19/04/2016
Calidad del Servicio	\$ 8,000,000.00	16/07/2015	19/04/2016
Calidad de los elementos			
Salarios y Prestaciones Sociales			
Estabilidad			
Buen manejo anterior			
Póliza No. Expedida por:	380-47-99400060513	Aseguradora Solidaria de Colombia	Fecha de aprobación de la(s) póliza(s): 16/07/2015

FORMA DE PAGO

MENSUALIDADES VENCIDAS  CONTRA ENTREGA  OTRA: (INDIQUE CUAL):

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VIGENCIA			TOTAL
	ANTERIOR	ACTUAL	FUTURA	
	\$ 0.00	\$ 40,000,000.00	\$ 0.00	\$ 40,000,000.00
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	VIGENCIA			TOTALES
	ANTERIOR	ACTUAL	FUTURA	
	\$ 0.00		\$ 0.00	\$ 0.00
	\$ 0.00		\$ 0.00	\$ 0.00
<b>SUBTOTAL VIGENCIA</b>	<b>\$ 0.00</b>	<b>\$ 0.00</b>	<b>\$ 0.00</b>	<b>\$ 0.00</b>

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CDP	REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No.	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL COM (DD/MM/AAAA)
VIGENCIA ANTERIOR		VIGENCIA ANTERIOR	
VIGENCIA ACTUAL	19515	VIGENCIA ACTUAL	73615
VIGENCIA FUTURA	14/07/2015	VIGENCIA FUTURA	16/07/2015

INFORMACION DEL PAGO CERTIFICADO

RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	APROPiación PRESUPUESTAL INICIAL	FACTURA No.	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa)	VALOR DE LA FACTURA (INCL IVA)	SURTOS DE PAGOS ACUMULADOS	PAGO No. O PERÍODO CERTIFICADO	SALDO POR EJECUTAR
	\$ 40,000,000.00	14	24/08/2015	\$ 8,000,000.00	\$ 8,000,000.00	1 de 5	\$ 32,000,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 40,000,000.00</b>			<b>\$ 8,000,000.00</b>	<b>\$ 8,000,000.00</b>		<b>\$ 32,000,000.00</b>

EVALUACION PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERIODO CERTIFICADO

ASPECTOS A EVALUAR	BUENO	REGULAR	MALO
Cumplimiento del objeto del contrato	100		
Oportunidad (En la entrega del bien / prestación del servicio/ Realización de obras)	100		
Oportunidad (En el suministro de documentos soportes)	100		
Servicio Post-venta	100		

CALIFICACIÓN DEL PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO.

RANGOS Bueno: 81 a 100 Regular: 70 a 80 Malo: Inferior a 69

100

BUENO

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERÍODO CERTIFICADO?

SI  NO

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, DEBERÁ INDICAR EN EL ÍTEM OBSERVACIONES, LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA RECOMENDACIÓN, ADIÉMÁS DE DAR INICIO A LAS ACCIONES A QUE HAYA LUGAR.

Anexos:

Factura

Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación

Entrada a almacén

Otros:

SI  NO  NA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nombre: JAIME ORLANDO DELGADO GORRILLO  
Cargo: COORDINADOR ORLANDO DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES  
Firma: *[Firma manuscrita]*

OBSERVACIONES

EVALUACION FINAL DEL CONTRATISTA

SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PERÍODOS Y/O PAGOS CERTIFICADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	No. DE PAGOS Y/O PERÍODOS CERTIFICADOS	CALIFICACIÓN FINAL	RANGOS Bueno: 81 a 100 Regular: 70 a 80 Malo: Inferior a 69

24 AYO 2015 *[Firma]* 500ppm

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

66

Yo, **Ana Paola Gómez Acosta**

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:  Número: **52490704** D.V. **7**  
 Teléfono (s): **8031969** No. de FAX \_\_\_\_\_  
 Celular No.: **3002161582** Celular No.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: **Calle 45 #45-47 3-401**  
 Correo Electrónico (E-mail): **apgomez@metrica.com.co**

En mi calidad de: Persona Jurídica  Persona Natural  y Declarante de Renta  No declarante de Renta

a.) Percibi ingresos en el año inmediatamente anterior. Si:  No:   
 b.) Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 4.073 UVT's o \$111.946.405,00 Si:  No:

### 1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No. 109** de Fecha: **16 de Julio de 2015** suscrito con el Departamento Administrativo de la Función Pública, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia **detallada** de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado **pagada**.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
Compensar, Colpensiones, Sura		Julio	2015	\$414,300.00
Compensar, Colpensiones, Sura		agosto	2015	\$828,300.00

a) 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:

b) Que el ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios por cuenta y riesgo del o los contratantes. Artículo 329 del E.T. adicionado por el Art 10 de la Ley 1607 de 2012. Si:  No:   
 Nota: Diligencie el ítem 2 si su respuesta es "SI". De acuerdo a lo establecido en el parágrafo 3 del Dto. 0099 de 2013.

### 2. Solicitud Deducciones del Artículo 387 del E.T. y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013.

c) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1. Si:  No:

d) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito. Si:  No:

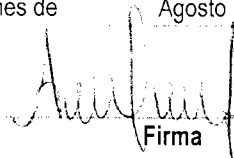
e) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. Si:  No:

### 3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 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
AFC	Bancolombia	188-468758-63	\$1,500,000.00
Pensión Voluntaria			

Se firma a los **24** días del mes de **Agosto** del año **2015**

  
Firma

Fecha de Pago 8/5/2015 12:00:00 AM  
 Periodo Cotización Salud 7/2015  
 Empresa ANA PAOLA GOMEZ ACOSTA  
 NIT 52490704  
 Número de Radicación 4717867  
 Número Autorización 159050410  
 Número de Administradoras 3  
 Número de Empleados 1  
 Total Pagado \$425,800.00  
 Medio de Pago Pago Electronico por PSE  
 Banco BANCOLOMBIA

Código	NIT	Nombre	*Número de incapacidad(es) y/o licencia(s) de incapacidad	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado	Num. Afiliados
14-28	800256161	ARP Sura			\$7,400.00	1
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -			\$241,100.00	1
EPS008	860066942	Compensar EPS		\$0.00	\$177,300.00	1

**Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**Le informamos que el pago de la planilla No. 4717867, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirla.**

Fecha de Pago 8/5/2015 12:00:00 AM  
 Periodo Cotización Salud 8/2015  
 Empresa ANA PAOLA GOMEZ ACOSTA  
 NIT 52490704  
 Número de Radicación 4718957  
 Número Autorización 159053568  
 Número de Administradoras 3  
 Número de Empleados 1  
 Total Pagado \$629,500.00  
 Medio de Pago Pago Electronico por PSE  
 Banco BANCOLOMBIA

Código	NIT	Nombre	*Número de incapacidad(es) y/o licencia(s) de incapacidad	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado	Num. Afiliados
14-28	800256161	ARP Sura			\$14,400.00	1
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -			\$469,700.00	1
EPS008	860066942	Compensar EPS		\$0.00	\$345,400.00	1

**Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**Le informamos que el pago de la planilla No. 4718957, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirl**

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: Ana Paola Gomez Acosta

Contrato No. : 109-2015

Identificado (a): NIT:  CC:  CE:  NP:  NIP:

Número: 52490704 D.V. 7

Artículo 2º del Decreto 0099 de 2013 Información para Depurar la Base de la Retención.

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación Si:  No:

1.2 Crédito Compartido Si:  No:

1.3 Porcentaje que le corresponde 0% y valor que le corresponde \$0,00

2. Información por Salud Literal a y b del Artículo 387 del E.T.

2.1 Certificación Adjunta Si:  No:

3. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

3.2. 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 formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3.3. 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.

3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.

3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente.

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4º del Artículo 2º Decreto 0099 del 2013

Table with 5 columns: Tipo de Doc., No. De Identificación, Nombres y Apellidos, Edad, Parentesco. The table is currently empty.

Se firma a los 24 días del mes de Agosto del año 2015

Firma

## Plan de Trabajo Ana Paola Gómez, Contrato 109 de 2015

Actividades	Productos mensuales	Fecha de entrega
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar el Plan de Trabajo</li> <li>2. Revisar documentos sobre la metodología general de costeo estandar</li> <li>3. Revisar preliminarmente la disponibilidad de informacion para construir la metodología de analisis de costos administrativos</li> <li>4. Elaborar el informe de actividades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan de trabajo</li> <li>2. Informe mensual de actividades</li> </ol>	15/08/2015
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar con detalle la informacion existente en el SUIT, identificar vacios de informacion necesaria para la construccion de la metodología de analisis de costos administrativos</li> <li>2. Identificar otras fuentes de datos que podrian contener informacion util para el analisis de costos administrativos</li> <li>3. Elaborar el reporte con la identificacion de las variables que deben ser adicionadas al SUIT.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe mensual de actividades</li> <li>2. Documento que contenga la identificación de las variables que sean requeridas para la definición de los costos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT</li> </ol>	15/09/2015
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir con el Equipo de Trabajo de la Funcion Publica los instrumentos que se elaboraran para soportar la estructuracion de la metodología de analisis de costos administrativos</li> <li>2. Construir los instrumentos acordados en la actividad anterior</li> <li>3. Elaborar el informe de actividades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe mensual de actividades</li> <li>2. Instrumentos que soporten la estructuración de la metodología de análisis de costos administrativos</li> </ol>	15/10/2015
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir con el Equipo de Trabajo de la Funcion Publica la entidad y el tramite con el cual se adelantara la prueba de validacion de la metodología de analisis de costos administrativos</li> <li>2. Definir con el Equipo de trabajon de la Funcion Pública el método de levantamiento de informacion para la aplicacion de la prueba piloto</li> <li>3. Apoyar al Equipo de Trabajo de la Funcion Publica en el proceso de levantamiento de informacion para la prueba piloto.</li> <li>4. Elaborar el informe mensual de actividades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe mensual de actividades</li> <li>2. Documento que describa el método de levantameinto de la información acordado</li> </ol>	15/11/2015
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procesar la informacion resultante de la aplicación de la prueba piloto</li> <li>2. Elaborar el informe de resultados de la prueba de validacion de la metodología de analisis de costos administrativos.</li> <li>3. Elaborar el informe final de actividades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe final de actividades</li> <li>2. Informe de resultados de la prueba de validacion de la metodología de analisis de costos administrativos</li> </ol>	15/12/2015



# ANA PAOLA GÓMEZ ACOSTA

Nit. 52.490.704 - 7 RÉGIMEN COMÚN

Calle 24 A No. 56 - 35 Int. 4 Apto 701  
Teléfono: 300 216 1582  
Email: anapolita.gomez@gmail.com

72

**FACTURA DE VENTA**

No. 0014

RESOLUCION DIAN No. 320001235564  
Num Autorizada del 1 al 100  
FECHA: 2015/02/10

SEÑOR(ES): <i>Departamento administrativo de la Función Pública</i>	NIT:	FECHA:		
DIRECCION: <i>Carrera 6 # 12-62</i>	TEL.: <i>3344080</i>	<i>24</i>	<i>08</i>	<i>2015</i>

CANTIDAD	DESCRIPCION	VR. TOTAL
	<i>Primer pago correspondiente a los servicios prestados en el marco del contrato 109 de 2015 entre el 16 de julio y el 15 de agosto de 2015</i>	

OBSERVACIONES:	SUB TOTAL	<i>6.896.552</i>
SON:	I.V.A.	<i>1.103.448</i>

 _____ ACEPTADA FIRMA Y SELLO	
---	--

TOTAL \$	<i>8.000.000</i>
----------	------------------

Esta factura de venta adquiere la calidad de titulo valor según ley 1231 del 2008 se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según art. 774 de Cód de Comercio

Copilandia & Copigraf Nit. 79.655.046-2 - Tel. 284 3508



**Presentación de Informes de Contratistas  
Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo a la Gestión**

**Informe de Actividades No. \_1****Contrato No. 109 del año 2015**

**Objeto del Contrato:** Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites, para apoyar en la identificación de las variables e instrumentos requeridos para la construcción de la metodología de análisis de costos administrativos.

**Periodo reportado:** Del 16 de Julio al 15 de Agosto de 2015

Obligaciones del Contrato	Actividades realizadas por el Contratista
<p>Elaborar un plan de trabajo de comun acuerdo con el supervisor del Contrato, donde se establezca el cronograma y actividades a desarrollar para el cumplimiento del objeto contractual.</p>	<p>Para la definicion del plan de trabajo, y con el objeto de tener un mayor contexto y poder estimar con mayor precision los tiempos requeridos para las actividades a ejecutar, revise los siguientes documentos e informacion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- International Standard Cost Model Manual (OCDE)</li> <li>- Measuring Red Tape in Developing Countries (Banco Mundial)</li> </ul> <p>Realice una revision preliminar del SUIT, para lo cual realice las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revise la tabla que contiene las entidades nacionales y territoriales cuyos tramites se encuentran registrados en el SUIT, provista por el equipo de trabajo del DAFP.</li> </ul>
<p>Revisar la informacion de los tramites registrados en el Sistema unico de Informacion de Tramites -SUIT- e identificar las variables que permitan determinar los costos administrativos asociados a los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revise varios ejemplos de las respuestas expedidas por el DAFP a solicitudes de entidades publicas para la aprobacion de tramites y su publicacion en el portal de Gobierno en Linea.</li> <li>- Revise la base de datos que resume los resultados de la operacion de las entidades que administran los tramites consignados en el SUIT, que establece el numero total de solicitudes resultas y el numero de PQRs recibidas.</li> <li>- Explore la pagina del SUIT, identificando en algunos casos seleccionados la informacion que reposa en la plataforma, los links y las paginas derivadas y la informacion que no se encuentra disponible.</li> </ul>
<p>Apoyar la construccion de los instrumentos tales como: hojas de calculo para el procesamiento de informacion, formularios, guias metodologicas, entre otros, necesarios para la estructuración de la metodología de análisis de costos administrativos.</p>	<p>N/A</p>

Apoyar el levantamiento y procesamiento de la información que sea necesaria, a través de la aplicación de encuestas o cualquier otra metodología que se establezca de común acuerdo con el equipo de trabajo de la FUNCION PUBLICA, para adicionar variables adicionales a las identificadas en el SUIT e insumos que permitan estructurar la metodología de análisis de costos administrativos.

N/A

Participar en la prueba de validación de la metodología de análisis de costos administrativos en un trámite, previamente definido de manera conjunta con el equipo de trabajo de la FUNCION PUBLICA, y participar en la elaboración del documento de resultados de la prueba de validación.

N/A

Apoyar a la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites en las jornadas de socialización interna de la metodología de análisis de costos administrativos.

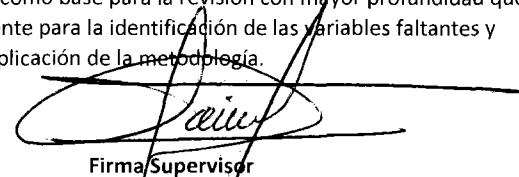
N/A

Participar en las reuniones y grupos de trabajo que se establezcan de común acuerdo con el equipo de la FUNCION PUBLICA para el cumplimiento del objeto contractual.

Participo en una reunión con el Equipo de trabajo de la FUNCION PUBLICA en la cual conversamos sobre el SUIT, sus características y contenido, presente algunos de los hallazgos derivados de la revisión que hice de la herramienta. Discutimos las dudas e inquietudes que tenía. Toda esta información servirá como base para la revisión con mayor profundidad que se hará posteriormente para la identificación de las variables faltantes y necesarias para la aplicación de la metodología.

Anexos: Plan de Trabajo

  
Firma Contratista

  
Firma Supervisor

Nota: Corresponde al Supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas, reportadas en el informe y con los soportes correspondientes, así como el seguimiento técnico, administrativo y financiero, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011



Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:  
 Unidad o Subunidad:  
 Especificación Solicitante:  
 Fecha y Hora Sistema:

MHerrera  
 05-01-01  
 2015-09-01-5:17 p. m.

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ  
 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA -

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL								
Número:	236297615	Fecha Registro:	2015-08-26	Unidad / Subunidad ejecutora:	05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Anulada	Nro Obligación:	107915	Comprobante Contable de la Generación:		
Fecha Máxima Pago:	2015-08-26	Código de Referencia:	04500017600236297615		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	8.000.000,00	Valor Deducciones:	1.875.001,00		Valor Neto:	6.124.999,00	Saldo a Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS							
TRM Pago		Valor Bruto		Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	
						Moneda Base Compra	
						Valor MBC	

REINTEGROS							
Numeros							No Recaudado:
Bruto Reintegrado Pesos:		0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:		0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:		0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:		0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO							
Identificación:	52490704	Razón Social:	ANA PAOLA GOMEZ ACCOSTA			Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA								
Número:	0315372777	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

TESORERIA				DOCUMENTO SOPORTE				
05-01-01 - DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL				Número:	1092015	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION	
Tipo Beneficiario Pago				3 - Beneficiario final				
				Número:		Tipo:		
				Fecha:				2015-08-26

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
000 - DAFP GESTION GENERAL / C-123-000-4-0-000000 MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLITICAS PUBLICAS NACIONAL												
	Nación	1	SSF	8.000.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00		Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES								
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES			TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-02-01-01	RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - REGIMEN COMUN - HONORARIOS	800197268	C.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES		15,000 %	166.517,00		
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION CA COMERCIAL SERVICIOS DEMAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899990061	BOGOTA DISTR TC CAPITAL		0,570 %	64.998,00		
2-01-04-01-60-01	RETEFUENTE - A EMPLEADOS SUJETOS A RETENCION ART.383 E.T	800197268	C.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES		19,000 %	124.486,00		

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
000 - DAFP GESTION GENERAL	6-6 - CNS - INVERSION ORDINARIA NACION SSF	2015-08-25	8.000.000,00	05 NINGUNO	Anulada

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)



Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario de sistema:  
Unidad o Subunidad:  
Episodio: 57431013  
Fecha y Hora Sistema:

MHerrera  
05-01-01

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ  
DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA -

2015-09-01 5:17 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL								
Número:	236831715	Fecha Registro:	2015-08-26	Unidad / Subunidad ejecutora:	05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBL. CA - GESTION GENERAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	107915	Comprobante Contable de la Generación:		
Fecha Máxima Pago:	2015-08-26	Código de Referencia:	04500017600236831715		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	8.000.000,00	Valor Deducciones:	375.001,00		Valor Neto:	7.624.999,00	Saldo a Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS							
TRM Pago		Valor Bruto	8.000.000,00	Valor Deducciones	375.001,00	Valor Neto	7.624.999,00
		Moneda Base Compra					Valor MBC

REINTEGROS			
Numeros			No Recaudado:
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00
Reintegrado Neto Pesos:			0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00
Reintegrado Neto Moneda:			0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO			
Identificación:	52400704	Razón Social:	ANA PAOLA GOMEZ ACOSTA
		Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA			
Número:	0315372777	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.
		Tipo:	Ahorro
		Estado:	Activa

TESORERIA		DOCUMENTO SOPORTE	
05-01-01 - DEPARTAMENTO FUNCION PUBL. CA - GESTION GENERAL	Número:	1092015	Tipo:
		CONTRATO DE PRESTACION	Fecha:
			2015-08-26

Tipo Beneficiario Pago 3 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS													
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO		VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA	
030 - DAFP GESTION GENERAL / C-123-C00-4-0-000000	MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLITICAS PUBLICAS NACIONAL	Nación	1	SSF	8.000.000,00	0,00	8.000.000,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES	TERCERO			TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-02-01-01	RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMUN - INCORPORADOS	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	15,000 %	165.517,00	165.517,00	
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION COMERCIAL SERVICIOS DEMAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	0,966 %	64.998,00	64.998,00	
2-01-04-01-50-01	RETIFUENTE - A EMPLEADOS SUJETOS A RETENCION ART.383 E.T	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	19,000 %	144.486,00	144.486,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA						
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO	
030 - DAFP GESTION GENERAL	6-6 - CNS - INVERSION ORDINARIA NACION. SSF	2015-08-25	8.000.000,00	05 NINGUNO	Pagada	

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ