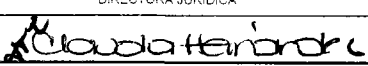


FUNCIÓN PÚBLICA		CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y EVALUACIÓN AL CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)					
		FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa) 24/12/2015					
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO							
CONTRATO No:	SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa)	RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	C.C./ NIT / RUT No:				
195 de 2015	17/11/2015	MELITZA DONADO DIAZ GRANADOS	52.423.517				
TIPO DE CONTRATO							
<input checked="" type="checkbox"/> PREST. DE SERV. PROFESIONALES <input type="checkbox"/> PRES. DE SERV. DE APOYO A LA GESTIÓN <input type="checkbox"/> CONSULTORÍA							
OBJETO DEL CONTRATO			FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)				
Prestar los Servicios Profesionales en la Dirección Jurídica de la Función Pública, para apoyar la estructuración de concordancias y enlaces en la implementación del Gestor Normativo, a partir del análisis de conceptos, jurisprudencia, doctrina y normatividad, en el marco del Proyecto de Inversión "MEJORAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. NACIONAL".			17/11/2015				
			FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)				
			24/12/2015				
GARANTÍAS							
AMPAROS	VALOR ASEGURADO (\$)	VIGENCIA DE LOS AMPAROS					
		DESDE (dd/mm/aaaa)	HASTA (dd/mm/aaaa)				
Cumplimiento:	\$ 1.013.200,00	17/11/2015	25/04/2016				
Calidad del Servicio:	\$ 1.013.200,00	17/11/2015	25/04/2015				
Póliza No. 390-47-994000037031 Expedi		ASEURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	Fecha de aprobación de la(s) póliza(s): 17/11/2015				
FORMA DE PAGO							
<input checked="" type="checkbox"/> MENSUALIDADES VENCIDAS <input type="checkbox"/> OTRA (INDIQUE CUAL):							
REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No.	FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa)	VALOR (VIGENCIA)	TOTAL				
VIGENCIA ANTERIOR							
VIGENCIA ACTUAL	145015	\$ 5.066.000,00	\$ 5.066.000,00				
VIGENCIA FUTURA							
INFORMACIÓN DEL PAGO CERTIFICADO							
RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO	APROPIACIÓN PRESUPUESTAL INICIAL	FACTURA No.	EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa)	VALOR FACTURA (INCL. IVA)	SUBTOTAL PAGOS ACUMULADOS	PERÍODO CERTIFICADO	SALDO POR EJECUTAR
Ej. Honorarios Proyecto de inversión	\$ 5.066.000,00			\$ 1.066.000,00	\$ 5.066.000,00	2 de 2	\$ 0,00
TOTAL	\$ 5.066.000,00			\$ 1.066.000,00	\$ 5.066.000,00		\$ 0,00
EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERÍODO CERTIFICADO							
ASPECTOS A EVALUAR	EXCELENTE (100)	BUENO (90)	REGULAR (75)	DEFICIENTE (60)			
Cumplimiento (obligaciones técnicas) calidad del servicio prestado	100						
Oportunidad en la entrega del SP	100						
Oportunidad y cumplimiento aspectos administrativos y/o legalización de documentos soportes	100						
Responsabilidad	100						
CALIFICACIÓN DEL PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO.	100	EXCELENTE	RANGOS: Excelente: 91 a 100 Bueno: 76 a 90 Regular: 61 a 75 Deficiente: igual o inferior a 60				
¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERÍODO CERTIFICADO?				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, DEBERA SUSTENTAR LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA RECOMENDACIÓN Y PROMOVER A LAS ACCIONES A QUE HAYA LUGAR.			
Anexos verificados por el supervisor:							
Factura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NA			Otros (Indique cual):			
Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA						
Informe de Gestión / Productos encomendados.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA						
SUPERVISOR DEL CONTRATO				OBSERVACIONES			
Nombre:	Claudia Patricia Hernández						
Cargo:	DIRECTORA JURIDICA						
Firma:							
EVALUACIÓN FINAL DEL CONTRATISTA							
SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PERÍODOS Y/O PAGOS CERTIFICADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	100	No. DE PAGOS Y/O PERÍODOS CERTIFICADOS	1,00	CALIFICACIÓN FINAL	100,00	RANGOS: EXCELENTE 91 a 100 BUENO 76 a 90 REGULAR 61 a 75 DEFICIENTE inferior a 60	EXCELENTE



DECLARACIÓN JURAMENTADA

69

Yo, **MELITZA DONADO DIAZ GRANADOS**

Identificado (a): NIT: CC: CE: NP: NIP: Número: **52423517** D.V. **0**

Teléfono (s): **3009437** No. de FAX _____

Celular No.: **3002668108** Celular No.: _____

Dirección: **CALLE 155 No. 14-80 INT. 2 APTO 503**

Correo Electrónico (E-mail): **melidonado@yahoo.com**

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

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior. Si: No:

b.) Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 4.073 UVT's o \$106.097.577,00 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. **195** de Fecha: **17 de noviembre 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	
EPS ALIANSALUD		Diciembre	2015	\$224.000,00
AFP PORVENIR	7794958	Diciembre	2015	\$175.000,00
ARL COLPATRIA		Diciembre	2015	\$7.300,00

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			
Pensión Voluntaria			

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


Firma

DATOS GENERALES				PERIODO DE COTIZACION								PAG 1 DE 2						
TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL		TIPO PRESENTACION		SUCRSAL / DEPENDENCIA		CODIGO	SALDO		PENSIONES, RIESGOS LAB. CCF, SENA, ICBF		NUMERO RADIACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE		CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	72423517	MELIZA DONADO DIAZ GRANADOS		<input checked="" type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D		MES	AÑO	MES	AÑO	7794854	<input type="checkbox"/> PUBLICA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO	<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE	144	5
DIRECCION			CUIDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO		ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	No. AUTORIZACION			
CALLE 155 No. 14-80 INT 2 APTO 505			BUSOFA D.C.	11001	BOGOTA D.C.	11	3000437		MELIDONADO@TAHCO.COM		7400	0	1	2015/10/04	174323089			

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES		LIC MATERNIDAD		NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
				No. AUTORIZ	VALOR	No. AUT	VALOR											
EPS001	830113831-8	175,000	0	0	0	0	0	175,000	1	100	0	175,000	0		0	0	175,000	1

COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

COD GCF	NIT GCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

CONG	VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES		APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
			No. AUTORIZ	VALOR		
144	86002183-9	7,300	0	0	0	7,300
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
1	0	7,300	0	0	73	7,300

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE INTERESES MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	224,000	224,200
SALUD	175,000	175,100
RIESGOS LABORALES	7,300	7,300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	406,300	406,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															VALOR IBC					LIQUIDACION DE APORTES																	
DATOS DEL AFILIADO				NOVEDADES																																	
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD APP	COD CAJA	ING	RET	TAE	TIP	TIP	TIP	VTE	VST	SIN	IDE	LMA	VAC	APP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA APP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	OTROS APORTES	RENTAS	OTROS	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL		
1	CC	52423-17	DOMADO DIAZ GRANADOS MELTZA	EP5001	230501			X					X												1.400.000	1.400.000	0	1.400.000	0		224.000	0	0	175.000	0		

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

72

Nombres y Apellidos: **MELITZA DONADO DIAZ GRANADOS**

Contrato No. : **195-2015**

Identificado (a): NIT: CC: CE: NP: NIP: Número: **52423517** D.V. **0**

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 por medicina prepagada 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

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
TI	1141517931	DANA ROJAS DONADO	7	Hijo
RC	1141524620	AINOA LUCÍA ROJAS DONADO	21 MESES	Hijo

La anterior se firma el **24** del mes de **12** del año **2015**

SF.PG-003


Firma

Informe de Actividades No. 02

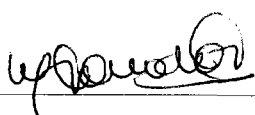
Contrato No. 195 del año 2015

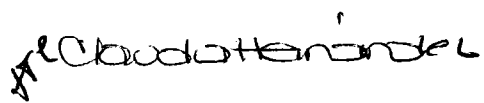
Objeto del Contrato: Prestar los Servicios Profesionales en la Dirección Jurídica de la Función Pública, para apoyar la estructuración de concordancias y enlaces en la implementación del Gestor Normativo, a partir del análisis de conceptos, jurisprudencia, doctrina y normatividad, en el marco del Proyecto de Inversión "MEJORAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLITICAS PUBLICAS. NACIONAL".

Periodo reportado: Del 17 de diciembre al 24 de diciembre de 2015

Obligaciones del Contrato	Actividades realizadas por el Contratistas
1. Elaborar un plan de trabajo de común acuerdo con el supervisor del contrato, donde se establezca el cronograma y actividades a desarrollar para el cumplimiento del objeto contractual, el cual deberá ser presentado dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del contrato.	Se elaboró el cronograma de actividades a realizar durante la ejecución del contrato y se presentó dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio del mismo.
2. Estructurar las concordancias requeridas para llevar a cabo el Gestor Normativo, a partir del análisis de la información que le sea suministrada por el supervisor del contrato.	En desarrollo de esta obligación se verificó con la base de datos suministrada de 759 conceptos de 2015 emitidos por la Dirección Jurídica del DAFP, de los cuales se realizaron las concordancias de 300 conceptos que están publicados en el Gestor Normativo del DAFP.
4. Realizar la revisión ortográfica de todos los documentos asignados, así como la verificación de vigencia y realización de enlaces correspondientes.	En desarrollo de esta obligación se verificó con la base de datos suministrada de 759 conceptos de 2015 emitidos por la Dirección Jurídica del DAFP, de los cuales se realizaron las tematizaciones y restrictores de 300 conceptos que están publicados en el Gestor Normativo del DAFP.
7. Asistir a las reuniones programadas relacionadas con la ejecución del objeto contractual y elaborar las actas y/o ayudas de memoria respectivas.	Durante el primer periodo de actividades participé en las reuniones realizadas los días 15 y 22 de diciembre, programadas por la Supervisión del Contrato.
17. Acreditar el pago al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, de conformidad con la normativa vigente, presentando los soportes de pago correspondientes, anexos al informe de actividades con el fin de tramitar cada pago.	Se adjuntan los soportes correspondientes.

Anexos: Se adjunta copia del comprobante de pago de aportes al sistema integral en salud y ARL, correspondientes a los meses de noviembre y diciembre de 2015 y Declaración Juramentada.



Firma Contratista


Firma Supervisor

Anexos Se adjunta el Pago a Seguridad Social y la Declaración Juramentada.

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.

74

	Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante	Usuario Solicitante:	MHjgarcia	JOSE LUIS GARCIA CAMARGO
	Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	05-01-01	DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA -	
	Fecha y Hora Sistema:	2016-01-05-9:31 a. m.		

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL									
Número:	394510215	Fecha Registro:	2015-12-22	Unidad / Subunidad ejecutora:	05-01-01 DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	294615	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2015-12-24	Código de Referencia:	04500017600394510215		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Bruto:	1.066.000,00	Valor Deducciones:	8.675,00		Valor Neto:	1.057.325,00	Saldo x Pagar:	0,00	

VALORES PAGADOS											
TRM Pago		Valor Bruto	1.066.000,00	Valor Deducciones	8.675,00	Valor Neto	1.057.325,00	Moneda Base Compra		Valor MBC	

REINTEGROS									
Numeros					No Recaudos:				
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:	52423517	Razón Social:	MELITZA DONADO DIAZ GRANADOS					Medio de Pago:	Abono en cuenta	

CUENTA BANCARIA										
Número:	5764341017	Banco:	CITIBANK COLOMBIA				Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa

TESORERIA					DOCUMENTO SOPORTE					
05-01-01 - DEPARTAMENTO FUNCION PUBLICA - GESTION GENERAL					Número:	195/2015	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE	Fecha:	2015-12-22

Tipo Beneficiario Pago 01 - 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	
000 DAFP GESTION GENERAL / C-123-1000-4-0-0000000	Nación	11	SSF	1.066.000,00	0,00	1.066.000,00					Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES												
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES			TERCERO				TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO		
2-01-05-01-01-03-05	RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS		899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL			0,966 %	8.675,00	8.675,00			

LINEAS DE PAGO VINCULADA												
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	PODICION DEL CATALOGO DE PAC			FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO					
000 - DAFP GESTION GENERAL	6-8 - CNS - INVERSION ORDINARIA NACIÓN SSF			2015-12-21	1.066.000,00	05 NINGUNO	Pagada					

YENNY MARCELA HERRERA MARTINEZ