| 1. **DATOS DEL INFORME**
 |
| --- |
| Periodo reportado del | **Dd/mm** **/aaaa** | Al | **Dd** **/mm** **/aaaa** |
| Informe número: | **\_\_\_ de \_\_\_** |
| Fecha de presentación del informe | **Dd** **/mm** **/aaaa** |

|  |
| --- |
| **1.1       DATOS GENERALES DEL CONTRATO** |
| Nombres y apellidos del contratista: |   |
| Número de identificación:  |   |
| Fecha de acta de inicio: | **Dd/mm/aaaa** | Numero de contrato: | CPS\_\_ - |
| Fecha de suscripción del contrato: | **Dd/mm/aaaa** | Fecha de finalización contrato: | **Dd/mm/aaaa** |
| Plazo de ejecución: |   |
| Objeto del contrato: |   |
| Dependencia a la que pertenece: |   |
| Supervisor del contrato: |   |
| Número del CDP: |   | Número del RP:  |   |
| Valor contrato: |   |
| Forma de pago: |   |
| ***1.2.                EN CASO DE ADICION Y/O PRORROGA DILIGENCIE*** |
| Tiempo de prorroga |   | Nueva fecha de finalización contrato: | **Dd/mm/aaaa** |
| Nuevo plazo de ejecución: |   |
| Número del CDP: |   | Número del RP:  |   |
| Valor adición (si aplica) |   |
| Nuevo valor contrato (si aplica) |   |
| Periodo reportado del | **Dd/mm/aaaa** | **Dd/mm/aaaa** |
| Informe número: | \_\_\_\_de \_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN DE PAGO**
 |
| **NUMERO DE PAGO PARCIAL** | **VALOR CONTRATO** | **PAGO PARCIAL VALOR** | **SALDO** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| * 1. **EN CASO DE ADICION Y/O PRORROGA DILIGENCIE**
 |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

| 1. **INFORMACIÓN BANCARIA**
 |
| --- |
| Número de cuenta: |  | Entidad bancaria: |  |
| Tipo de cuenta: |  |

| 1. **OBLIGACIONES DEL CONTRATO**
 |
| --- |
| **Obligaciones específicas del contrato** | **Actividades realizadas** | **Soportes (físicos)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

Yo, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, certifico bajo la gravedad de juramento:

Que en cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de mayo de 2013, Artículo 3 **“Contribuciones al Sistema General de Seguridad Social**. De acuerdo con lo previsto en el artículo 26 de la ley 1393 de 2010 y el artículo 108 del Estatuto Tributario, la disminución de la base de retención para las personas naturales residentes cuyos ingresos no provengan de una relación laboral, o legal y reglamentaria, por concepto de contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, pertenezcan o no a la categoría de empleados, estará condicionada a su pago en debida forma, para lo cual se adjuntará a la respectiva factura o documento equivalente copia de la planilla o documento de pago”. Los documentos soporten de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, efectuados durante el mes de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, corresponden a los ingresos provenientes del contrato número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de acuerdo al siguiente detalle:

|  |
| --- |
| **5. SEGURIDAD SOCIAL** |
| **No. De pago** | **Numero de planilla** | **Fecha de pago** | **EPS** | **AFP o FSP** | **ARL** | **INTERÉS** | **TOTAL** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **6. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL** |
| **Disponibilidad y Registro Presupuestal** | **Rubro** | **Fuente del Recurso** | **Valor RP** | **N° Corte** | **Valor** | **Saldo pendiente por Ejecutar** |
| **DIS- 2025000063**  | **2.3.2.02.02.008.7.0.0.4599031.172.1.2.1.0.00**  | **1.2.1.0.00** | **$ 10.000.000** |  **No 1**  |  **$ 1.000.000**  |  **$ 9.000.000**  |
| **RES- 2025000063**  |
| **DIS- 2025000063**  | **2.3.2.02.02.008.7.0.0.4599031.172.1.2.1.0.00**  | **1.2.1.0.00** | **$ 4.500.000** |  **No 1**  |  **$ 1.000.000**  |  **$ 3.500.000**  |
| **RES- 2025000063**  |
| **DIS- 2025000063**  | **2.3.2.02.02.008.7.0.0.4599031.172.1.2.1.0.00**  | **1.2.1.0.00** | **$ 10.000.000** |  **No 1**  |  **$ 1.000.000**  |  **$ 9.000.000**  |
| **RES- 2025000063**  |
|  |  |  |  | **TOTAL** |  **$ 3.000.000**  |  **$ 21.500.000**  |

**El suscrito Supervisor del Contrato**

**CERTIFICA:**

Que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el contrato durante el periodo comprendido del **Dd** **/mm** **/aaaa**  al **Dd** **/mm** **/aaaa**, he verificado el cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL de los meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Dada en Fusagasugá Cundinamarca a los Dd** **/mm** **/aaaa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CONTRATISTA** | **SUPERVISOR DEL CONTRATO** |
|  |  |  |
| **FIRMA**  |  |  |
| **NOMBRE**  |  |  |
| **Cédula**  |  |  |
| **CARGO:** |  |

Nota: Tenga en cuenta que La Secretaría de Hacienda se encargará únicamente de revisar los datos financieros del formato, esta no se va a responsabilizar de los demás datos consignados en el presente informe

Elaboro: contratista

Reviso: supervisor.

Adjunto Un (1) folio con el soporte de pago de la salud, pensión y arl.

 Un (1) folio soporte de envío al correo electrónico