

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DISTRITAL BAJO EL ESTANDAR MIPG										
PROCESO GESTIÓN FINANCIERA										
Certificado de supervisión o interventoría										
Código: PA03-PR09-F02					Versión: 2.0					
I. INFORMACION DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR										
Fecha de expedición			Supervisor				RADICACION			
DD	MM	AAAA	Nombre:	LEYDY YOHANA PINEDA AFANADOR		No. de Celular:	Fecha			
10	10	2023	Cargo:	Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		316 302 86 62	Consecutivo			
II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
Nombre o Razón Social del Contratista					N° C.C. / NIT		800.237.412-1			
FERRICENTROS S.A.S					REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RUT o RIT					
Dirección			No. Celular		Código de la Actividad		7730			
Av. Caracas No. 74-25			6013680100							
Correo electrónico					Régimen Tributario		Responsable de Iva			
licitaciones2@ferricentro.com					Declarante de Renta		Si			
CONTRATO Tipo Contrato Clase Compraventa					Rentas de Trabajo		No			
					Rentas de Capital		No			
					Rentas no Laborales		No			
					Regimen Simple		No			
Fecha		No.		Fecha de inicio:		Plazo de Ejecución:		Meses		
2023/08/10		2023-2707		2023/08/10		2		Días		
Son declarantes de Renta en el año 2020. Quienes recibieron ingresos superiores a 1.400 UVTS \$47.978.000 y patrimonio superior a 4.500 UVTS \$154.215.000 en el año 2019.										
Son Rentas de Trabajo los ingresos que se reciben por concepto de honorarios y servicios personales siempre y cuando no contraten o vinculen 2 o más trabajadores asociados a la actividad.(Art.335 E.T.)										
Son Rentas de Capital los ingresos obtenidos por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual. (Art. 338 E.T)										
Son Rentas no laborales los ingresos que se reciben por conceptos diferentes a las anteriores.(Art.340 E.T)										
OBJETO CONTRACTUAL:										
"REALIZAR LA RENOVACIÓN DEL SOPORTE DE LA LICENCIA DEL SOFTWARE DE IMPRESIÓN DE ETIQUETAS PARA LA SECRETARÍA DISTRITAL DE MOVILIDAD"										
COPIA NO CONTROLADA										
FORMA Y CONDICION DE PAGO										
El valor del contrato será cancelado por la Secretaría Distrital de Movilidad en un (1) solo pago a la entrega y recibo a satisfacción por parte del supervisor. Si _X_ NO ___										
III. PERIODO CERTIFICADO										
Desde			Hasta			PARA CONTRATISTA PERSONA NATURAL				
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	VR. CONTRATO MENSUAL		DÍAS TRABAJADOS		
10	08	2023	31	08	2023	\$ 2.656.250				
VALOR DEL PAGO						\$ 0		Pensionado		
VALOR IVA								No Paga Pensión		
Base Ingreso Cotización										
Aportes Seguridad Social						No. Autorización o Planilla				
Salud 12,5%	\$ 0		Entidad							
Pensión 16%	\$ 0		Entidad							
Fondo Solidaridad *	\$ 0		Entidad							
ARL*	\$ 0		0,522% Entidad							
AFC* o PV	\$ 0		Entidad							
No. Cuenta AFC o PV										
Nota: * El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMLV (1%) - *ARL = en la casilla se debe elegir el riesgo (riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960%) al que se encuentra afiliado y el formato le arroja automáticamente el valor aportado *AFC = Fondo de Ahorro Vivienda y Construcción										
En mi calidad de Contratista Declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada es correcta, verdadera y se relaciona con el proposito de acogerme a lo establecido en el Artículo 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 que hace referencia a la disminución de la base gravable de trabajadores independientes; estos aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato arriba relacionado en la información contractual y periodo certificado.										
IV. CERTIFICACION										
El suscrito Supervisor / Interventor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el periodo certificado, conforme a las condiciones de pago, así como, se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad, contra los recibos originales, para proveedores de la certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal o contador de la empresa, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y Decreto 1703/02. Por lo tanto autorizo el pago por valor de: (valor en números y letras)										
\$ 2.656.250		DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.L.								
Tipo de pago		Pago único		Número total de pagos		1		Número de pago actual		
V. ESTADO PRESUPUESTAL										
1. Valor total contrato	\$ 2.656.250		SALDO AMORTIZACION		No. Disponibilidad Presupuestal		731		fecha 2023/08/26	
2. Adición	\$ 0		Garantías		No. Disponibilidad Presupuestal Adición		891		fecha 2023/08/26	
3. Valor cancelado	\$ 0		Anticipo		No. Registro Presupuestal Adición				fecha	
4. Valor a cancelar	\$ 2.656.250		Código cuenta presupuestal						fecha	
5. SALDO =(1+2-3-4)	\$ 0								023011605560000007570	
VI. TRANSFERENCIA ELECTRONICA										
ENTIDAD FINANCIERA			TIPO DE CUENTA		No. Cuenta		Si es cuenta extranjera, indicar:			
4 - Bancolombia S.A. o Banco de Colombia			Corriente		62300000303		Código SWIFT			
VII. OBSERVACIONES										
Nota: En caso que exista Cesión del contrato, favor indicar en este campo CC y Nombre del cedente.										
Firma del Contratista			Firma Supervisor			Firma Supervisor o Interventor				
C.C. / NIT 79.688.923			C.C. / NIT 63532101			C.C. / NIT				

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS CONTABILIDAD

REVISADO CUENTA