SuperSubsidio

El empleo es de todos — Mintrabajo

Código: FO-GFP-001 Versión:1

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo

Instrucciones de Diligenciamiento

1. DATOS DEL CONTRATISTA

			Número de Contrato	Vigencia	Fecha de Inicio (Día | Mes | Año)	Fecha de Finalización (Día | Mes | Año)
C.C. o NIT	79.474.422	DV 6	040	2019	11 | Abril | 2019	20 | Diciembre | 2019

Nombre del Contratista ANDRES CASTAÑEDA MONROY

Correo Electrónico acastanedam@ssf.gov.co **Telefono de Contacto** 3158782730

Objeto del Contrato Contratar la presetación de servicios profesionales en la Superintendencia Delegada para la Gestión, a fin de realizar el análisis y estudio de impacto de los lineamientos técnicos de los servicios, programas sociales y operaciones que prestan las Cajas de Compensación Familiar para el fortalecimiento del proceso de planeación y el mejoramiento de las capacidades técnicas del área.

Cuenta Bancaria

Entidad Bancaria BANCO DE BOGOTÁ **No. de Cuenta** 000690412 **Tipo de Cuenta** AHORROS

2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato (1)	$ 66.666.666,00	Valor Pagado (5)	$ [redacted]
Valor Adiciones (2)	$ -	Valor Causado No Pagado (6)	$ [redacted]
Valor Reducciones (3)	$ -	Valor Ejecutado (7)	$ [redacted]
Valor Total del Contrato (4)	$ [redacted]	Valor Disponible por Pagar (8)	$ [redacted]

% EJECUCIÓN [redacted]

Pagos Realizados

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (Día | Mes | Año)	Valor	Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (Día | Mes | Año)	Valor
1	1	8 MAY 2019	$ 5.333.333,00				
2	2	4 JUN 2019	$ 8.000.000,00				

$ [redacted]

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

Información Presupuestal

No. Compromiso	Concepto del Gasto	Objeto del Gasto	Valor	Uso Presupuestal
23719	C-INVERSION	C-3699-1300-7-0-3699055-02 DOCUMENTOS METODOLÓGICOS - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	$ 8.000.000,00	A-02-02-02-008-003-01-1 SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS DE GESTIÓN
		Total a Pagar	$ [redacted]	

Número Factura o Doc. Equivalente	Fecha de Expedición (Día | Mes | Año)	Régimen	Número del Pago	Valor Antes de IVA	IVA	Valor a Pagar
3	4 | Julio | 2019	Simplificado	3	$ 8.000.000,00		$ [redacted]

Número de Radicado CDI - Recibido Informe de Actividades 1-2019-010413 **Fecha de Radicación** (Día | Mes | Año) 5 | Julio | 2019

Información Seguridad Social

N° Planilla de Pago Seguridad Social	Fecha de Pago (Día | Mes | Año)	Periodo de aporte (Mes | Año)		
7724786099	3 | JUL | 2019	Mayo | 2019	$ Valor Aporte Salud	$ 400.000,00
			$ Valor Aporte Obligatorio Pensión	$ 512.000,00
			$ Valor Aporte ARL	$ 16.704,00

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/ Interventor del contrato de prestación de servicios anteriormente descrito **CERTIFICO** que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y con todos los requisitos legales necesarios para tramitar el pago.

Para constancia Firmo a los 5 días del mes de Julio del Año 2019

DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR

Nombre MAURICIO GONZALEZ BARRERO

Identificación CC o NIT 80.047.567

Cargo Superintendente Delegado para la Gestión (E)

Dependencia Superintendencia Delegada para la Gestión

Firma

08 JUL 2019 3:00

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 040 de 2019

OBJETO DEL CONTRATO:	Contratar la presetación de servicios profesionales en la Superintendencia Delegada para la Gestión, a fin de realizar el análisis y estudio de impacto de los lineamientos técnicos de los servicios, programas sociales y operaciones que prestan las Cajas de Compensación Familiar para el fortalecimiento del proceso de planeación y el mejoramiento de las capacidades técnicas del área.	**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**	dia/mes/año	11/04/2019		**FECHA DEL INFORME:**	dia/mes/aaño	4/07/2019
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses y 10 dias	**PRÓRROGAS:**		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**				8 meses y 10 dias
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	66.666.666	**ADICIONES:**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**				66.666.666
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/06/2019	Hasta: 30/06/2019	Pago No.: 3	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)**				32,00%

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:

1. Se inició la elaboración del cuadro de cubrimiento por cada CCF, para lo cual se consulta el informe del último trimestre de 2018 reportado por cada CCF en el sistema Sirevac
2. Se elaboró el cuadro de analisis de riesgos según los hallazgos de los informes de visitas
3. Se asistio a dos reuniones de la Delegada (13 y 27), en la cual se trataron diferentes temas a fines con el desarrollo de la gestión
4. Se analizó y se hicieron comentarios al convenio de capacitación a suscribir con la Siperintendencia Financiera de Colombia
5. Se asistió a la capacitación sobre supervisión basada en riesgo, realizada por la Superintendencia Financiera de Colombia el dia 25
6. Se realizó un resumen de la reunión, resaltando los aspectos mas importantes que nos pueden servir en la implementación de sistema de supervisión basado en riesgos en la SSF
7. Se realizó la primera parte de la capacitación sobre riesgos a los funcionarios de la delegada
8. Se analizaron las normas de Auditoria, Riesgos y Supervisión de la Superintendencia Financiera
9. Se elaboró la matriz de riesgos según los estándares utilizados por la Superintendencia Financiera, la cual se puede implementar en la Superintendencia de Subsidio, o realizar variaciones según corresponda
10. Se recibió la información solicitada por Compensar, Comfenalco cartagena, Cajacopi para el análisis de la implementación del SCISF

OBSERVACIONES:

ANDRES CASTAÑEDA MONROY
C.C. 79.474.422

Firma del Supervisor del contrato
Superintendente Delegado para la Gestión (E)

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 3

FECHA 4 | Julio | 2019

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.503.600-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS: ANDRES CASTAÑEDA MONROY

CC o NIT 79.474.422 **DV** 6

LA SUMA DE: $ 8.000.000,00

VALOR EN LETRAS OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE.

CONTRATO N° 040 **DE** 2019

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios profesionales por el mes de Junio de 2018

Firma

Ley 1819 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"* y **Ley 1943 de 2018** *"Ley de Financiamiento"*

FORMATO DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Señores: *Superintendencia del Subsidio Familiar*

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 29 de la ley 1943 de 2018 el cual modifica el artículo 330 del Estatuto Tributario y establece *"Determinación Cedular"*, se hace necesaria la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, por lo anterior manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO	**Numero #**	**040**	**De**	**2019**

Contratista (Nombre completo)	**ANDRES CASTAÑEDA MONROY**		
Identificación (NIT, CC, etc.)	**79.474.422**	**DV**	**6**

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a)	Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (artículo 592 y 594-3 ET):	**SI**
b)	Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (Sí o No)	**NO**
c)	Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) **74901_Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)**	
d)	Ley 1943 de 2018, articulo 34, vigente artículo 17 Parágrafo 2 de la Ley 1819 de 2016. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."	¿Contraté más de dos personas? **NO**
e)	Con base en el parágrafo 3 del artículo 383 del estatuto tributario, solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así	Registre aquí. **%**

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Los aportes obligatorios y voluntarios establecidos por las normas vigentes que presento mensualmente son:

Aportes en Seguridad Social

Tipo	Si / No	Entidad SSGF
Aportes – Salud	**SI**	8002514406_E.P.S Sanitas
Aportes - Pensión	**SI**	8002530552_Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias
Aportes – ARL	**SI**	8600111536_Positiva Compañía de Seguros
Aportes – Caja de Compensación	**NO**	Elija un elemento.

Soportes

Mensualmente presento la copia del pago de la planilla por el pago obligatorio al Sistema de Seguridad Social, en cumplimiento del decreto 1273 de 2018; y mis aportes son derivados del ingreso facturado o cobrado mediante la presentación del documento equivalente y en ejecución del contrato referido en la 1a sección de la presente certificación

Beneficios Tributarios

Ley 1819 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"* y **Ley 1943 de 2018** *"Ley de Financiamiento"*

FORMATO DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE

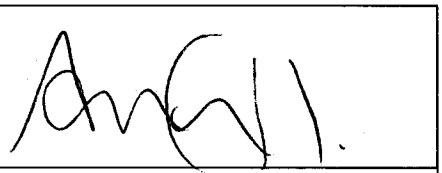
Tipo	Si / No	Soportes
Intereses de Vivienda (Artículo 387 E.T.)	**NO**	*Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje:* ***100 %***
Medicina Prepagada (literal a, b Artículo 387 E.T.)	**NO**	*Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Aportes en cuentas AFC (Articulo 126-1 E.T.)	**NO**	*Aportes Voluntarios - AFC: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*
Aportes en Pensiones Voluntarias (Articulo 55 Ley 1943 de 2018)	**NO**	*Aportes Voluntarios - Pensiones: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*
Dependientes (Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T. Y Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18.)	**SI**	*a) Para hijos menores de 18 años, anexa copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.* *d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.*

Relación de Dependientes

Nombre y apellidos (completos)	*FELIPE CASTAÑEDA FERNANDEZ*
ID (CC, TI, etc.)	*1034517086*
Fecha de Nacimiento	*19/12/2005*
Calidad del Dependiente	*HIJO*

4. Firma e información de Contacto

Firma



CC / NIT. : 79.474.422

Dirección	**Calle 7 # 2 A – 21 Casa 4**
Teléfono Celular	**3158782730**
Correo Personal	**andresc@betrust.com.co**
Correo Institucional	**acastanedam@ssf.gov.co**

Original: Grupo de Gestión Financiera
Copia: Grupo Gestión Contractual – Carpeta del contrato

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79474422
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES CASTANEDA MONROY
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 2 A 21 CASA 4	TELÉFONO:	8624395
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7724786099**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		23			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		465304350

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 520.700
SUBTOTAL:			1	**$ 520.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 406.800
SUBTOTAL:			1	**$ 406.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 17.100
SUBTOTAL:			1	**$ 17.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 944.600**