



SuperSubsidio

Vigilando la caja del contratista

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA					
No. del Contrato:	007 de 2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 40.000.000	Fecha de trámite:	20 de Febrero de 2017
Fecha suscripción contrato:	Enero 20 de 2017	Nombre del Contratista:	Ana Bolena Castañeda Zafra	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	Enero 20 de 2017
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	4617/2017	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	Enero 20 de 2017	Fecha terminación	Septiembre 20 de 2017	C.C. No. de identificación	1.014.189.819
Objeto:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar.				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN				
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1		7		*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.
2		8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% ELECUCIÓN	12,5%
			TOTAL	\$

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN				
No. Del pago	1	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$	Factura No.
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.000.000			Fecha de la Factura:

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO			
Informe de Actividades:			
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:			
Persona Natural: Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales.	Valor Salud	\$	250.000
Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor Pensión	\$	320.000
	Valor ARL	\$	10.400
	Total Pagos	\$	580.400
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)			

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: Rafael Trujillo Calderón

Documento Identidad:

Cargo: Director para la Gestión de las CCF

Dependencia: Superintendencia Delegada para la Gestión de las CCF

Adulvio
16 FEB 2017
9:35



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN									
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 007 de 2017									
OBJETO DEL CONTRATO:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar.		FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	20 de Enero de 2017	FECHA DEL INFORME:	20/02/2017			
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		8 meses			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 40.000.000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 40.000.000			
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 20/01/2017	Hasta: 20/02/2017	Pago No.:	1	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:		12,5%		
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los análisis de los informes de gestión trimestral, como en la proyección de las respuestas a las consultas que se realicen a la Dirección, en desarrollo del proceso de inspección vigilancia y control a las cajas de compensación familiar. Proyectar oficio de alcance al anexo técnico de la Circular Externa 0020 de 2016 (Anexo 1) Elaboración consolidado de límite máximo de las Cajas de Compensación Familiar para el 2016 (Anexo 2) Solicitud apertura SIREVAC para efectuar corrección por parte de Confacauca conforme a la visita ordinaria de 2016 (Anexo 3) Análisis del primer avance del plan de mejoramiento objeto de la visita ordinaria realizada a Confacauca en 2016 (Anexo 4) Visita Ordinaria a la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio, analizando lo relacionado con servicios sociales (Anexo 5) Elaboración de presentación sobre la Supersubsidio y los servicios que prestan las CCF (Anexo 6)								
OBSERVACIONES:									
Nombre del Contratista:	Ana Bolena Castañeda Zafra			Firma del Supervisor del contrato:			Rafael Trujillo Calderon		
C.C. 1.014.189.819 de Bogotá				Cargo y Dependencia donde labora:			Superintendencia Delegada para la Gestión de las CCF		



Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **Ana Bolena Castañeda Zafra** identificada con cédula de ciudadanía número **1.014.189.819** expedida en Bogotá, me acojo a la disminución de la base para la retención en la fuente a trabajadores independientes de acuerdo a lo establecido en el Art. 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 y el Artículo No.2 parágrafo 3 del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013, declaro bajo la gravedad de juramento que la siguiente persona depende económicamente del (a) suscrito (a), por ausencia de ingresos:

1. Hijos hasta 18 años de edad

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD

2. Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA

3. Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
CC	19.278.207	Castañeda Cañón Carlos Ariel	Carlos Alberto González Camacho

Para dar cumplimiento a la ley 1607 de 2012 y decreto reglamentario 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleados, certifico que:

Soy residente fiscal colombiano, que por lo menos el 80% de mis ingresos corresponden a rentas de trabajo. (Salarios, honorarios, comisiones y servicios)

Para el ejercicio de mi actividad como profesional independiente o tecnólogo no requiero la utilización de maquinaria o equipo especializado ni de materiales o insumos especializados.

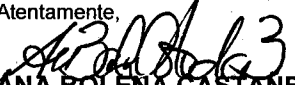
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta.

Soy Declarante de Renta X

Mis ingresos en desarrollo de mi actividad profesional o tecnológica del año anterior es o no son superiores a 4.073 UVT'S.

Atentamente,


ANA BOLENA CASTANEDA ZAFRA
C.C. No.1.014.189.819 de Bogotá
DIRECCION: Calle 22 B No. 42 - 31

Bogotá. D.C., 20 de Febrero de 2017

Doctora
LUZ MARY CORONADO MARÍN
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta

Respetada Doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el párrafo 4º del artículo 3º del Decreto No. 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleado conforme al artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012, y lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea manifiesto que:

SI x NO estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI x NO , de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen SI x NO de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos totales del año gravable inmediatamente anterior superaron SI x NO , cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago al primer (1) día del mes de febrero del año 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente


ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C. 1.014.189.819 de Bogotá

Bogotá, 20 de Febrero de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **Ana Bolena Castañeda Zafra**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.014.189.819 de la ciudad de Bogotá D.C., para acogerme a la disminución de la base para Retención en la Fuente para trabajadores independientes (Art. 4º del Decreto 2271 de 18 de Junio de 2009), declaro bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos del Contrato No.042 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C. No. 1.014.189.819 de Bogotá

CONTRATO ANA BOLI X

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] https://mail.notes.na.collinsen.com/ItemMailAction/MailOpenDocument

Plataforma eSigna SIREVAC SOLUCION m 3GER Los Insiders - Bienvenidos Convalidaciones de ENCIO

Signtec

Asésido

Superintendencia del Subsistema Familiar Inicio Contorno Calificación Personas Comunicaciones Más

Combinar... X Abrir IBM Verse Apertura SIREVAC X

Responder Responder a todos Remitir Más

Apertura SIREVAC Comfacauca

Ana B Castañeda Zafra
Para: Rafael Trujillo Calderon
Archivos adjuntos (2)

Nombre de archivo: **CORREO COMFACAUCA ENVO GFC HABILITAR MAR-2016 SIREVAC.pdf**
C:\TF\Oficio 2016\Aud SS-Escd

Tamaño: 141K 07/24/2017 15:22:46
Modificado: 28-A-07/24/2017 15:22:46

Nuevo + - Mostrar Si No

Martes, 24 de enero de 2017 15:26
Mostrar detalles

Buenas Tardes Dr. Trujillo, adjunto se encuentra la solicitud de Comfacauca para habilitar la plataforma SIREVAC y corregir información reportada en el mes de marzo de 2016.

Estaré atenta a sus instrucciones.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

PAG 2 DE 2