

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 abril de 2017
Fecha suscripción contrato:	Enero 20 de 2017	Nombre del Contratista:	Ana Bolena Castañeda Zafrá		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		Tipo Identificación	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 SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 5.000.000	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	\$ 5.000.000	8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	38%
			TOTAL	\$ 10.000.000

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

No. Del pago	3	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.000.000	Fecha de la Factura:	
			25.000.000

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]

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

Adriano
17 ABR 2017
J. J. J.



1850

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 SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	20 de Enero de 2017	FECHA DEL INFORME:	20/04/2017		
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: 20/03/2017	Hasta: 20/04/2017	Pago No.:	3	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:		38%		
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. Preparación visita ordinaria realizada a Comfenalco Antioquia, analizando servicios sociales de la CCF (Anexo 1) Análisis y seguimiento al segundo avance del PDM correspondiente al avista ordinaria efectuada a Comfacaucá (Anexo 2) Consolidación y elaboración de informe ejecutivo correspondiente a la visita ordinaria efectuada a Colsubsidio (Anexo 3) Elaboración y consolidación del primer avance del PDM correspondiente a la visita ordinaria efectuada a Comfaputumayo (Anexo 4) Consolidación y análisis de las cifras reportadas a Diciembre de 2016 respecto a los conceptos de FOSFEC, donde se proyectó oficio dirigido a las CCF para remisión en medio magnético de la información (ANEXO 5)								
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 Gestion de las CCF					

Bogotá, 20 de abril 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. 4° 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.007 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



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

Bogotá. D.C., 20 de abril 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 parágrafo 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 , mil cuatrocientos (1.400) UVT.

Esta declaración la hago al primer (1) día del mes de febrero del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



ANA BOLEÑA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C. 1.014.189.819 de Bogotá

Bogotá D.C., 20 de abril 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

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2016 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$41.654.000), que no sean responsables del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2016 no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$133.889.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedan de dos mil ochocientos (2.800) UVT (\$83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no supere las dos mil ochocientas (2800) UVT (\$83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$133.889.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

Atentamente,


ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

C.C. No.1.014.189.819 de Bogotá
DIRECCION: Calle 22 B No. 42 - 31

DATOS GENERALES				PERIODOS DE COTIZACION														
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA				SALUD		PENSIONES, RIESGOS LAB.		TIPO EMPRESA		CLASE DE APORTANTE		CÓDIGO OPERADOR		
			U	C	S	D		MES	AÑO	MES	AÑO	PUBLICA	PRIVADA	MIKTA	PEQUEÑO	GRANDE		
CC	1014189819	Ana Bolena Castañeda Zafra	☒					4	2017	4	2017	☐	☐	☐	☐	☐	☐	83
DIRECCION	Calle 22 B # 42-31		CÓDIGO	DEPARTAMENTO				CORREO ELECTRONICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		TOTAL EMPLEADOS		FECHA DE PAGO		No. AUTORIZACION		
			11001	BOGOTÁ D. C.				zafra.na.C@hotmail.com		5330		1		2017/03/26		246960103		

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENIA					
CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. APL
ICBF					
1		0	0	0	0
SENIA					
1		0	0	0	0

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

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES							
COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES		APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION	
			No AUTORIZ	VALOR			
14-23	86001153-6	10.500			0	10.500	
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No RADICAC A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR	
0		10.500			105	10.500	

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION				TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP			
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 ICBF Y MESA Y	VALOR TOTAL
PENSIONES	320.000	320.000
SALUD	250.000	250.000
RIESGOS LABORALES	10.500	10.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	580.500	580.500

PAG 2 DE 2

ANEXO 4

Formato Avance Plan de

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | <https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail>

Aplicaciones CORREO SSF

SuperSubsidio

Superintendencia del Subsidio Familiar

Inicio Correo Calendario Personas Comunidades Más

Correo

Correo-Envía... PDM COMFA... Formato Ava... X

Abrir IBM Verse

Responder Responder a todos Remitir Más

Formato Avance Plan de Mejoramiento Comfaputumayo

Ana B Castañeda Zafra

Para: Carlos Alino Gonzalez Reyes, Javier Orlando Linares Díaz, Yenny Saavedra Posada, Fernando Andrade Serrano

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo

Formato seguimiento planes mejoramiento 1 avance Comfaputumayo 2016.docx

563 k 04/02/2017 11:32:36

Modificado

Tamaño

Mostrar

Mostrar detalles

Domingo, 02 de abril de 2017 11:32

Ana B Castañeda Zafra

Bandeja de entrada (27)

Borradores

Enviados

Seguimiento

Todos los documentos

Correo no deseado (3)

Papelera

Visas

Carpetas

Herramientas

Otro correo

Buenos días Estimados Compañeros, adjunto se encuentra el formato a diligenciar referente al primer avance del PDM de Comfaputumayo. En los otros dos correos anexos se encuentra el avance presenta

Por favor enviar el seguimiento a más tardar el miércoles 5 de abril de 2017.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

Quienes Tardes Jorne al comnar los conceptos principales de FOSSEC con lo reportado en SIREVAC, se presentaron diferencias tal como lo puedes detallar en el archivo adjunto. Estoy en espera de las demás CCF.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

-----Remitido por Ana B Castañeda zafra/szf el 04/04/2017 13:58 -----
Para: "acastaneda@sf.gov.co" <acastaneda@sf.gov.co>
De: PABLO ANDRÉS TOBAR RUIZ <Pablo.Tobar@colsubsidio.com>
Fecha: 04/04/2017 13:21:20
CC: "legaciav@sf.gov.co" <legaciav@sf.gov.co>
Asunto: COLSUBSIDIO FOSFEC CONSOLIDADO 2016
(Nueva el archivo anexo: COLSUBSIDIO Consolidado FOSFEC 2016.xlsx)

Cordial saludo.

De acuerdo a la comunicación recibida por parte de la Supersubsidio, adjunto los formatos requeridos para el informe consolidado de Fosfec año 2016.

Quedamos pendiente de cualquier solicitud adicional.

Gracias

Pablo Tobar Ruiz | Coordinador Producción de Estadísticas
Unidad de Información Estadística | Planeación | 7420700 Ext. 1758
pablo.tobarR@colsubsidio.com | www.colsubsidio.com
COLSUBSIDIO

