

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 junio 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 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	\$ 5.000.000	9		
4	\$ 5.000.000	10		
5	\$ 5.000.000	11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	63%
			TOTAL	\$ 20.000.000

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

No. Del pago	5	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$	15.000.000	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. Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	<table><tr><td>Valor Salud</td><td>\$</td><td>250.000</td></tr><tr><td>Valor Pensión</td><td>\$</td><td>320.000</td></tr><tr><td>Valor ARL</td><td>\$</td><td>10.500</td></tr><tr><td>Total Pagos</td><td>\$</td><td>580.500</td></tr></table>	Valor Salud	\$	250.000	Valor Pensión	\$	320.000	Valor ARL	\$	10.500	Total Pagos	\$	580.500
Valor Salud	\$	250.000											
Valor Pensión	\$	320.000											
Valor ARL	\$	10.500											
Total Pagos	\$	580.500											
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

Aguacero
14 JUN 2017
11:20



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:	20/06/2017	
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: 20/05/2017	Hasta: 20/06/2017	Pago No.:	5	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	63%			
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. Efectuar el consolidado de FOSFEC para la vigencia 2016 de las CCF (Anexo 1) Coordinación de visita ordinaria efectuada a Comfenalco Antioquia, pa lo cual se consolidó el informe final (Anexo 2) Análisis y consolidación del primer avance de PDM de Comfamiliar Putumayo (Anexo 3) Análisis PDM Colsubsidio 2017 (Anexo 4) Análisis y seguimiento al primer avance de PDM de la CCF Cafaba (Anexo 5) Análisis y seguimiento al segundo avance de PDM de la CCF COFREM (Anexo 6) Elaboración informe ejecutivo de visita ordinaria practicada a Comfenalco Antioquia (Anexo 7) Elaboración de consideraciones y consultas de FOSFEC conforme a la nueva normatividad (Anexo 8) Elaboración y análisis PDM Comfenalco Antioquia (Anexo 9) Proyección oficio respuesta a petición de la Contraloría de Huila (Anexo 10)								
OBSERVACIONES:									
Nombre del Contratista: Ana Bolena Castañeda Zafrá				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					

ANEXO 2

Informe Final Comfenalco

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | https://mail.notes.na.collabsew.com/finemall

Aplicaciones

CORREO SSF

SIGER

SIREVAC

Superintendencia del Subsidio Familiar

Inicio

Correo

Calendario

Personas

Comunidades

Más

Correo

Correo-Envi...

Informe Final...

Abrir IBM Verse

Responder

Responder a todos

Remitir

★

✉

Más

Nuevo

↑

↓

Mostrar

Si

No

Informe Final Comfenalco Antioquia

Ana B Castañeda Zafra

Para: Andrea Del Pilar Rodríguez Arroyave

Archivos adjuntos (3)

Nombre de archivo

Tamaño

Modificado

oficio_remisora_informe_final.pdf

31 K

05/24/2017 12:36:00

informe_final_comfenalco_antioquia_2017.pdf

4.9 M

05/24/2017 12:36:00

11 formato plan mejoramiento xls

156 K

05/24/2017 12:36:00

Miércoles, 24 de mayo de 2017 12:36

Mostrar detalles

Buenas tardes Andreita, un favor me colaboras para enviar desde el correo del Dr. Heráclito el informe preliminar a Comfenalco Antioquia a los siguientes destinatarios:

cristina.perez@comfenalcoantioquia.com

fernando.echavarria@comfenalcoantioquia.com

Gracias! un abrazo

Ana B Castañeda Zafra

Bandeja de entrada (5)

Borradores

Enviados

Seguimiento

Todos los documentos

Correo no deseado (3)

Papelera

Vistas

Carpetas

Herramientas

Otro correo

Seguimiento Primer Avance X INTERNETIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] https://mail.notes.na.collabserv.com/livemail

Aplicaciones CORREO SSF SIREVAC

Superintendencia del Subsidio Familiar Inicio Correo Calendario Personas Comunidades Más

Correo

Correo-Envío... X Seguir... X

Abrir IBM Verse

Responder Responder a todos Remitir Más

Seguimiento Primer Avance PDM Comfaputumayo

Ana B Castañeda Zafra

Para: Andrea Del Pilar Rodríguez Arroyave

Archivos adjuntos (2)

Nombre de archivo	Tamaño	Modificado
Oficio remisiono primer avance Comfaputumayo.pdf	670 x 04/27/2017 16:46:20	12:31 M 04/27/2017 16:46:20
1er avance Comfaputumayo.pdf		

Jueves, 27 de abril de 2017 16:47
Mostrar detalles

Buenas Tardes Andreita, conforme a las instrucciones del Dr. Heráclito, favor remitir el siguiente avance del PDM a los correos:

coordinadorproyectos@comfaputumayo.com

Caja Comfamiliar Putumayo ssf

El contenido sería:

Respetada Dra. Nohora Elena, adjunto se encuentra el análisis correspondiente al seguimiento del primer avance del Plan de Mejoramiento de Comfamiliar Putumayo.

Cordial saludo,

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Superintendente Delegado para la Gestión

Re: APROBACION PDM

INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES CORPORATION [US] | https://mail.notes.na.collabsemail.com/ibmemail

Aplicaciones

CORREO SSF

SIGER

SIREVAC

Superintendencia del Subsido Familiar

Inicio

Correo

Calendario

Personas

Comunidades

Más

Correo

Re: APROBACION PDM

Correo-Env...

Abrir IBM Verse

Re: APROBACION PDM COLSUBSIDIO

Responder

Responder a todos

Remitir

★

✉

Más

Re: APROBACION PDM COLSUBSIDIO

Ana B Castañeda Zafra

Para: Erika Maria Valencia Gomez

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo

16. Oficio de Aprobación Plan de Mejoramiento.docx

Tamaño

104 k

05/05/2017 10:21:42

Modificado

Martes, 09 de mayo de 2017 10:21

Mostrar detalles

Ana B Castañeda Zafra

Bandeja de entrada (5)

Borradores

Enviados

Seguimiento

Todos los documentos

Correo no deseado (3)

Papelera

Vistas

Carpelas

Herramientas

Otro correo

Buenos dias Dra.Erika, adjunto en word las sugerencias para el PDM propuesto por Colsubsidio, se encuentran resaltadas en rosado.

Me comentas cualquier inquietud.

Cordial saludo,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA

-----Erika Maria Valencia Gomez/ssf escribió: -----

Para: Ana B Castañeda Zafra/ssf@ssf, Efraín García Venegas/ssf@ssf, Yamille MoralesToledo/ssf@ssf

De: Erika Maria Valencia Gomez/ssf

Fecha: 09/05/2017 10:03

Cc: Erika Maria Valencia Gomez/ssf@ssf

Asunto: APROBACION PDM COLSUBSIDIO

Dres

Remito oficio de aprobación por favor incluir si es del caso las sugerencias.

Consideraciones Fosfec

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

Aplicaciones

CORREO SF

SIGER

SIREVAC

Superintendencia del Subsido Familiar

Inicio

Correo

Calendario

Personas

Comunidades

Más

Correo

Correo-Envi...

Rm: Destina...

Consideraci...

Abrir IBM Verse

Responder

Responder a todos

Remitir

★

✉

📎

Más

Nuevo

Mostrar

Si

No

Ana B Castañeda Zafra

Bandeja de entrada (9)

Borradores

Enviados

Seguimiento

Todos los documentos

Correo no deseado (3)

Papelera

Vistas

Carpetas

Herramientas

Otro correo

Consideraciones Fosfec

Para: Rafael Trujillo Calderon, ratrujc@hotmail.com

Cc: Jorge Elecer Monroy Barrios

Archivos adjuntos (1)

Nombre de archivo

CONSULTAS FOSFEC_2017.docx

Tamaño

105 k

03/02/2017 12:52:13

Modificado

Viernes, 02 de junio de 2017 12:52

Mostrar detalles

Dr. Trujillo, enviamos las consideraciones de las nuevas resoluciones de Fosfec.

Estaremos atentos a cualquier inquietud.

Cordial saludo,

JORGE MONROY - ANA BOLENA CASTAÑEDA

Bogotá, 20 de junio 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.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 junio 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 acoto 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

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.

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

Bogotá, D.C., 20 de junio de 2017

Señores
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta

Respetada Doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 3° 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 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,

ANA BOLENA CASTAÑEDA ZAFRA
C.C. 1.014.189.819 de Bogotá

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1014199819	Ana Bolema Castañeda Zafra		Calle 22 B # 42-31	5746379	zafrana5@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2017	6	2017	I	24/05/2017	20152944	\$580.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Santas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Ponvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL		Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor										
14-23	POSITIVA	COMPANIA DE SEGUROS	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CUAPS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALLES PROVEEDORES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTAL POR SUBSIDIO			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

DATOS DEL APORTANTE					DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	PERIODO COTIZACIÓN		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
CC	1014189819	Ana Bolena Castañeda Zafrá	Calle 22 B # 42-31	5746379	zafra5@hotmail.com	SALUD MES AÑO 6 2017 6 2017			24/05/2017	20152944	\$580.500
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	DIFERENTE A SALUD					
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.						

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Nro.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cédula	Estrato	Código exterior	Excedente	CONTRIBUCIÓN										Cód. AFP	IBIC AFP	Cotización	Volumen Aporte	Fondo pensional de subsidencia	Cód. EPS	IBIC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBIC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte SENIA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											