

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACERTACIÓN DE OBRERA	
No. del Contrato:	007 de 2017
Fecha suscripción contrato:	Enero 20 de 2017
Requiere Acta de Inicio:	SI
Fecha Acta de Inicio:	Enero 20 de 2017
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.
Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 56.833.333
Nombre del Contratista:	Ana Bolena Castañeda Zafrá
No. De Registro Presupuestal:	4617/2017
Fecha terminación:	Diciembre 31 de 2017
Fecha de trámite:	20 de octubre de 2017
Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	Enero 20 de 2017
Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Tipo identificación	C.C. No. de identificación
	1.014.189.819

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SUMINACIÓN				
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 5.000.000	7	\$ 5.000.000	* 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	\$ 5.000.000	
3	\$ 5.000.000	9		
4	\$ 5.000.000	10		
5	\$ 5.000.000	11		
6	\$ 5.000.000	12		
			% EJECUCIÓN	79%
			TOTAL	\$ 40.000.000

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	
No. Del pago	9
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.000.000
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 11.833.333
Factura No.	
Fecha de la Factura:	

4. APORTES 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.	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

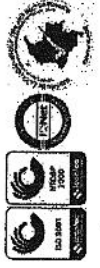
Nombre: Rafael Trujillo Calderón

Documento Identidad:

Cargo: Director para la Gestión de las CCF

Dependencia: Superintendencia Delegada para la Gestión de las CCF

Adriana
17 OCT 2017
9:10



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN 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:		FECHA DEL INFORME:		20/10/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:		PRÓRROGAS:			PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		11 meses y 11 días		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		ADICIONES:			VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 56.833.333		
Periodo correspondiente del pago:		Desde: 20/09/2017			Hasta: 20/10/2017		Pago No.:		9
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. Elaboración presentación distribución recursos del 4% (Anexo 1) Consolidación cifras foseco a Junio de 2017 (Anexo 2) Elaboración y consolidación del análisis correspondiente al tercer avance de PDM de la CCF Comfaputumayo. (Anexo 3) Elaboración informes de gestión primer y segundo trimestre de 2017 de las CCF Nariño, Quindío y Cafamaz (Anexo 4) Elaboración y consolidación del análisis correspondiente al primer avance de PDM de la CCF Comfenalco Antioquia (Anexo 5) Respuesta a inquietudes por medio telefónico relacionado a la última versión del anexo técnico de la Circular 020 de 2016							
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 Gestión de las CCF				

1 - 2017 - 016742 13/10/2017 12:28:37
INFORME DE ACTIVIDADES.txt
Folios: 9 Anexos:



Bogotá. D.C., 20 de octubre de 2017

Señores
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta

Respetados Doctores:

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 BOLENA CASTANEDA ZAFRA
C.C.1.014.189.819 de Bogotá

Bogotá D.C., 20 de octubre 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 ☒

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

Bogotá, 20 de octubre 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

...ías v ...
Rafael Trujillo Calderon
San José, 2-40 p.m.
Cordial saludo doctora Ana, revisado el avance de putumayo, queda aprobado.

Cordialmente,
Rafael Trujillo Calderón
Director para la Gestión de las Cajas de Compensación
Superintendencia del Subsidio Familiar
Teléfono. 3437779

Ruben Dario Cordoba Victoria

Ana Castaneda Zafra

Heriberto Landinez Suarez Rafael Trujillo Calderon Ruben Darío Cordoba Victoria »

Formato seguimiento...

descargar Guardar en OneDrive - Superintendencia de Subsidio Familiar

Buenos días Doctores, adjunto se encuentra el análisis del tercer arance del plan de mejoramiento de la Caja de Compensación del Putumayo, para su revisión y aprobación.

Gracias.

Cordial saludo,

ANA BOLÉNA CASTAÑEDA ZAFRA
Coordinadora de Visita

Victor Villamiel Aldaró

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
10	2017	10	2017	I	21/09/2017	22415026	\$980.500

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

TOTALES PENSION										
Código AFP	Nombre	NIT	Colación Obligatoria	Aporte Voluntario Aportado	Aporte FGP Subutilizado	Días Mora	Valor Mora Colación	Valor Mora FGP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Pensionir	690224908-8	\$20.000	0	0	0	0	0	320.000	1

TOTALES RESGOS LABORALES												
Código ARL	Nombre	NIT	Coligación Obligante		No. Aportación	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Coligación	Días Mora	Subtotal Coligación	No. Acreditado Saldo a Favor
			Valor Aporte	Valor Aporte		Valor	Valor					
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	850011163-6	10.500						10.500	0	10.500	105
TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte		Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados				
			Valor Aporte	Valor Aporte								

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
AMN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradores	No. Administradores Registrados	Valor Pagar de OEE LMA RPS 3 años	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	TELÉFONO	CORREO	PERIODO COTIZACIÓN	TOTAL A PAGAR								
CC	1014199819	ANA BOLERA CASTAÑEDA ZAFRA	Calle 22 B # 42-31	5748376	zafra5@compensar.com	<table border="1"> <tr> <th>SALUD</th> <th>DIFERENTE A SALUD</th> <th>FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)</th> <th>NÚMERO PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td>10</td> <td>2017</td> <td>22419026</td> </tr> </table>	SALUD	DIFERENTE A SALUD	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	10	10	2017	22419026	\$593.500
SALUD	DIFERENTE A SALUD	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA												
10	10	2017	22419026												
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD										
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	NO										

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				RÉGIMEN UNICALES				PARAFISCALES			
Nº	Tip	Id. de identificación	Apellidos y Nombres	Identificación	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Fecha de inscripción	Fecha de afiliación	Fecha de cotización	Fecha de pago	Cotización	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario	Voluntario
1	CC	1014199819	CASTAÑEDA ZAFRA ANA BOLERA																				

PAGADA

22415026