

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	010-2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 56.000.000	Fecha de trámite:	23 de Enero de 2017
Fecha suscripción contrato:	23 de Enero de 2017	Nombre del Contratista:	ADOLFO LEON HURTADO DURAN	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	23 de Enero 2017
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	2517 del 16 de Enero 2017	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	24 de Enero 2017	Fecha terminación	24 de Septiembre 2017	Tipo Identificación	C.C. No. de Identificación: 6.385.897

APOYAR A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIEN, ESTUDIOS ECONOMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCION 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNION MESAS DE TRABAJO NIFF.

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIF 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				
4				
5				
6				
			% EJECUCIÓN	
			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:	\$ 7.000.000		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.	Valor Salud \$ 350.000 Valor Pensión \$ 448.000 Valor ARL \$ 14.600 Total Pagos \$ 812.600
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 CALDERON

Documento Identidad:

Cargo: DIRECTOR DE GESTION DE LAS CCF

Dependencia: SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA GESTION DE LAS CCF

Admision
22 FEB 2017
D: 32



SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

 **MINTRABAJO**

**¡TODOS POR UN
NUEVO PAÍS!**
NUEVA ESENCIA
Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 010 de 2017					
OBJETO DEL CONTRATO:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	23 de Enero de 2017	FECHA DEL INFORME:	24/02/2017	
APOYAR A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIEN, ESTUDIOS ECONOMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	PRORROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	8 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	56,000,000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	56,000,000
Período correspondiente del pago:	Desde: 24/01/2017	Hasta: 24/02/2017	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 PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIEN, ESTUDIOS ECONOMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCION 022 Y 062 FEBRERO 2017. REUNION MESAS DE TRABAJO NIFF				
OBSERVACIONES:	NINGUNA				
Nombre del Contratista: Adolfo León Hurtado Durán	Firma del Supervisor del contrato: Rafael Trujillo Calderon				
C.C. 6.385.897	Cargo y Dependencia donde labora: Superintendencia Delegada para la Gestion de las CCF				

Bogotá, 24 de Febrero de 2017

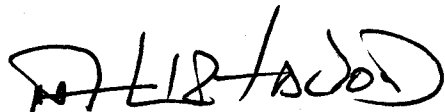
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **ADOLFO LEON HURTADO DURAN**, identificado con la cédula de ciudadanía No.6.385.897 de la ciudad de Palmira, 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.010 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



ADOLFO LEON HURTADO DURÁN
C.C. No. 6.385.897 de Palmira

Bogotá D.C, 24 de Febrero de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **ADOLFO LEON HURTADO DURAN** identificado con cédula de ciudadanía número 6.385.897 expedida en Palmira, 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
CC	1.113.682.881	JUAN MANUEL GIL RINCON	UNIV AUTONOMA DE CALI

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

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

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

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
CC	66.677.518	MARTHA CECILIA RINCON ROJAS	

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

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

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.

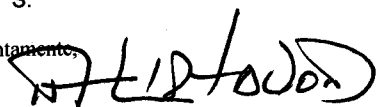
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, articulo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

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,



ADOLFO LEON HURTADO DURAN

C.C. No. 6.385.897 de Palmira

DIRECCION: CALLE 65B No 86 - 86 APTO 301 INT 3 Bogotá

TELEFONO: 315 557 23 67

**SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR.
EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
Prestación de Servicios**

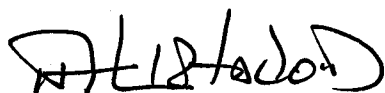
**Informe de Actividades No.01-2017
24 de Enero 2017 – 24 de Febrero 2017**

Contratista: ADOLFO LEON HURTADO DURAN

Contrato No.010 - 2017

Objeto: Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los procesos de inspección vigilancia y control de los servicios y programas sociales como también, estudios económicos, financieros, administrativos y de operación de las cajas de compensación familiar

- Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en la revisión de los aspectos económicos, financieros, contables administrativos de los entes vigilados, con el fin de poder desarrollar las labores de inspección vigilancia y control que ejerce la superintendencia del subsidio Familiar a las cajas de compensación familiar del país.
- Reunión NIIF mesa de trabajo
- Visita Ordinaria Caja de Compensación Colsubsidio Resol 022 y 062 Febrero de 2017



Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2017-02-21, 05:00:39 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: febrero de 2017 Período Servicio: febrero de 2017 Referencia pago (PIN): 8873467570

PAGADO 20/02/2017 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADOLFO LEON HURTADO DURAN	Dirección	CRA 25 34 60
Documento	CQ6385897	Teléfono	2722409
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	PALMIRA	Identificación	CC 6385897
Representante Legal	HURTADO DURAN ADOLFO LEON	ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones			Salud		Riesgos			Cajas		Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TSE	TAP	VAP	VAO	VAE	VAI	VAJ	VAK	VAL	VAR	VAS	Administración	IBC Pension	Aportes Pension	Administración	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administración	IBC Cajas	Aportes Cajas	Administración	BCB	Aportes SGDA	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Ministerio	Total
CC 6385897	ADOLFO LEON HURTADO DURAN	03	00															0 13030320 (220301) PORVENIR	\$ 2.800.000	\$ 448.000	(EPS-016) COOMEVA EPS	\$ 2.800.000	\$ 350.000	0,522	\$ 2.800.000	\$ 14.800	(NN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 812.800

III. TOTALES

IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes CEF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 0	\$ 448.000	\$ 350.000	\$ 14.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 812.800	\$ 0	\$ 812.800

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2017-01-16, 03:36:43 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2017
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2017
Empresa	ADOLFO LEON HURTADO DURAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 6385897
Código Sucursal (Nombre)	(.)
Referencia de Pago/ Número Planilla	8871490980 / 8827175470
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	272632
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 214.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	200.91.231.2

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 118.100	\$ 0
N805000427	EPS016	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	\$ 92.200	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 8.900	\$ 0
SubTotales:				\$ 214.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 214.200