SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

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:	24 de marzo de 2017	
Fecha suscripción contrato:	23 de Enero de 2017	Nombre del Contratista:	ADOLFO LEON HURTADO DURAN	Fecha de aprobación de la garantia 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 COMPENSACIÒN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCION 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNION MESAS DE TRABAJO NIFF. MESA DE TRABAJO DIRECCION FINANCIERA Y CONTABLE NUEVA PLAN DE CUENTAS, MESA DE TRABAJO INSTRUCTIVO INFORMES DE GESTION, ELABORACION DE INFORMES DE GESTION COMBARRANQUILLA, COMFENALCO CARTAGENA, COMFAMILIAR RISARALDA					

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 7.000.000	7	
2		8	
3			
4			
5			
6			

Notas:
*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.

% EJECUCIÓN 25,0%

TOTAL $ 7.000.000

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

No. Del pago	2	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 almácen 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 proporcion y porfentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud	$ 350.000
	Valor Pensión	$ 448.000
	Valor ARL	$ 14.600
	Total Pagos	**$ 812.600**
Persona Juridica: 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 CALDERON

Documento Identidad:

Cargo: DIRECTOR DE GESTION DE LAS CCF

Dependencia: SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA GESTION DE LAS CCF

Acuerdo
17 MAR 2017
4:20

SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nº 010 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	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		**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**	23 de Enero de 2017	**FECHA DEL INFORME:**	24/03/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	**PRÓRROGAS:**		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**		8 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**56,000,000**	**ADICIONES:**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**		**56,000,000**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** 24/02/2017	**Hasta:** 24/03/2017	**Pago No.:**	2	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	25,0%
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 COMPENSACIÒN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCION 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNION MESAS DE TRABAJO NIFF, MESA DE TRABAJO DIRECCION FINANCIERA NUEVA PLAN DE CUENTAS, MESA DE TRABAJO INSTRUCTIVO INFORMES DE GESTION, ELABORACION INFORMES DE GESTION COMBARRANQUILLA, COMFENALCO CARTAGENA, COMFAMILIAR RISARALDA					
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***

SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR. **EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS** **Prestación de Servicios**
Informe de Actividades No.02-2017 **24 de Febrero 2017 – 24 de Marzo 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 –Nuevo Plan de Cuentas
- Reunión mesa de trabajo – Dirección Financiera Contable.
- Reunión mesa de trabajo – Instructivo ajuste informes de Gestión.
- Informes de Gestión IV Trimestre Combarranquilla, Comfenalco Cartagena y Comfamiliar Risaralda.

68.

Bogotá, 24 de Marzo 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 Marzo 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 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
CC	66.677.518	MARTHA CECILIA RINCON ROJAS	

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

70

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2017-03-08, 11:03:23 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 8832968130 **Referencia pago(PIN)** 8873467570

Periodo Cotización 201703 **Periodo Servicio** 201703

Cliente:

PAGADA 2017-03-07

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 6385897		**Extranjero**		**Residente**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					HURTADO DURAN ADOLFO LEON	76520000 - 76		VALLE DEL CAUCA

Días AFP	30	**Días EPS**	30	**Días ARP**	30	**Días CCF**	0
Salario	$ 2.800.000						

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Código AFP:	230301
Código AFP Traslado:	
PORVENIR	
IBC AFP	$ 2.800.000
Total Cotización AFP:	$ 448.000
Fondo Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo Solidaridad Pensional Subsistencia	$ 0
Tarifa AFP	16 %

Código EPS:	EPS016
Código EPS Traslado:	
COOMEVA EPS	
IBC EPS	$ 2.800.000
Aporte EPS	$ 350.000
Aporte UPC	$ 0
Tarifa Salud	12,5 %
Responsable UPC	

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF:	$ 0
Aporte CCF:	$ 0
Tarifa CCF	0 %

POSITIVA DE SEGUROS	
IBC ARP	$ 2.800.000
Aporte	$ 14.700
Tarifa ARP	0,522 %
Clase de Tarifa ARP	1

IV.PARAFISCALES

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
ESAP	$ 0

Tarifa Ministerio	0 %
Tarifa ICBF	0 %
Tarifa SENA	0 %
Tarifa ESAP	0 %