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 Junio 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 DIRECCION PARA LA GESTION DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCION 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, RESPUESTA REQUERIMIENTO MEDIDAS ESPECIALES CASO COMFACUNDI,VISITA ORDINARIA COMFENALCO ANTIOQUIA , VISITA ESPECIAL COMFENALCO SANTANDER RESOLUCIÓN 0328 MAYO 2017, VISITA ORDINARIA COMFATOLIMA					

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 7.000.000	7	
2	$ 7.000.000	8	
3	$ 7.000.000		
4	$ 7.000.000		
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 **62,5%**

TOTAL **$ 28.000.000**

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

No. Del pago	5	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 21.000.000**	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

Adriana
15 JUN 2017
10:00

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:**	24/06/2017
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:** 24/05/2017	**Hasta:** 24/06/2017	**Pago No.:**	5	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	62,5%
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 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, RESPUESTA REQUERIMIENTO MEDIDAS ESPECIALES CASO COMFACUNDI,VISITA ORDINARIA COMFENALCO ANTIOQUIA , VISITA ESPECIAL COMFENALCO SANTANDER RESOLUCIÓN 0328 MAYO 2017, VISITA ORDINARIA COMFATOLIMA					
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.05-2017 **24 de Abril 2017 – 24 de Mayo 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 mesa de trabajo – Dirección Financiera Contable.
- Informes de Gestión Combarranquilla, Comfenalco Cartagena y Risaralda
- Visita ordinaria Comfatolima Junio 2017.

Bogotá, 24 de Junio 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 Junio 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

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2017-05-04, 09:04:28 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8843289330

Periodo Cotización: junio de 2017 **Periodo Servicio:** junio de 2017 **Referencia pago (PIN):** 8873467570

GUARDADA 04/05/2017

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADOLFO LEON HURTADO DURAN				
Documento	CC6385897	**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**	CC6385897		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 6385897	HURTADO DURAN ADOLFO LEON	03	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 2.800.000	$ 448.000	COOMEVA EPS	$ 2.800.000	$ 350.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 2.800.000	$ 14.700	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 812.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 0	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 350.000	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 812.700	$ 0	$ 812.700

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
16

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888734675700000000991231

Grupo Éxito-Finamérica-Comfandi Grupo Éxito-Finamérica-

(415)7709998485884(8020)8873467570(3900)0000000(96)20991231

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!