

**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:                                    | 24 de Julio 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 Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIÉN, ESTUDIOS ECONÓMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCIÓN 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNIÓN MESAS DE TRABAJO NIIF. MESA DE TRABAJO DIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE NUEVA PLAN DE CUENTAS, MESA DE TRABAJO INSTRUCTIVO INFORMES DE GESTIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN 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              | Notas:                                                                                                                                      |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1         | \$ 7.000.000 | 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         | \$ 7.000.000 | 8         |                    |                                                                                                                                             |
| 3         | \$ 7.000.000 |           |                    |                                                                                                                                             |
| 4         | \$ 7.000.000 |           |                    |                                                                                                                                             |
| 5         | \$ 7.000.000 |           |                    |                                                                                                                                             |
| 6         | \$ 7.000.000 |           |                    |                                                                                                                                             |
|           |              |           | <b>% EJECUCIÓN</b> | <b>75,0%</b>                                                                                                                                |
|           |              |           | <b>TOTAL</b>       | <b>\$ 35.000.000</b>                                                                                                                        |

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

|                             |              |                              |               |                      |  |
|-----------------------------|--------------|------------------------------|---------------|----------------------|--|
| No. Del pago                | 6            | SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR | \$ 14.000.000 | 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 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.        |                                                                                                                                                                                                                                       |             |            |               |            |           |           |                    |                   |
| Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)    |                                                                                                                                                                                                                                       |             |            |               |            |           |           |                    |                   |
|                                                                                                                                                    | <table> <tr> <td>Valor Salud</td><td>\$ 350.000</td></tr> <tr> <td>Valor Pensión</td><td>\$ 448.000</td></tr> <tr> <td>Valor ARL</td><td>\$ 14.600</td></tr> <tr> <td><b>Total Pagos</b></td><td><b>\$ 812.600</b></td></tr> </table> | Valor Salud | \$ 350.000 | Valor Pensión | \$ 448.000 | Valor ARL | \$ 14.600 | <b>Total Pagos</b> | <b>\$ 812.600</b> |
| Valor Salud                                                                                                                                        | \$ 350.000                                                                                                                                                                                                                            |             |            |               |            |           |           |                    |                   |
| Valor Pensión                                                                                                                                      | \$ 448.000                                                                                                                                                                                                                            |             |            |               |            |           |           |                    |                   |
| Valor ARL                                                                                                                                          | \$ 14.600                                                                                                                                                                                                                             |             |            |               |            |           |           |                    |                   |
| <b>Total Pagos</b>                                                                                                                                 | <b>\$ 812.600</b>                                                                                                                                                                                                                     |             |            |               |            |           |           |                    |                   |

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 GESTIÓN DE LAS CCF

Dependencia: SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA GESTIÓN DE LAS CCF



**SuperSubsidio**

Calle 45 A No. 9-48 PBX: 3487800 Bogotá Colombia  
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777  
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co

Radicado: 19-011226 Fecha: 19/07/2017

Folios: 6 Anexos: 1

Dependencia: Grupo de Gestión Contractual



19 JUL 2017 10:31



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

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                     |                           |                                                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|-------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 010 de 2017</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                     |                           |                                                         |       |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                             | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:</b> | 23 de Enero de 2017 | <b>FECHA DEL INFORME:</b> | 24/07/2017                                              |       |
| <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:</b>                                      | 8 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>PRÓRROGAS:</b>                         |                     |                           |                                                         |       |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>                                      | 56,000,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ADICIONES:</b>                         |                     |                           |                                                         |       |
| <b>Periodo correspondiente del pago:</b>                                | Desde: 24/06/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hasta: 24/07/2017                         | <b>Pago No.:</b>    | 6                         | <b>Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:</b> | 75,0% |
| <b>ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:</b>                           | <p>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.</p> <p>VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN 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, INFORME DE GESTION CAJAMAG</p> |                                           |                     |                           |                                                         |       |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                   | NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                     |                           |                                                         |       |
| <b>Nombre del Contratista:</b><br>Adolfo León Hurtado Durán             | <br><b>Firma del Supervisor del contrato:</b><br>Rafael Trujillo Calderón                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                     |                           |                                                         |       |
| <b>C.C. 6,385,897</b>                                                   | <b>Cargo y Dependencia donde labora:</b><br>Superintendencia Delegada para la Gestion de las CCF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                     |                           |                                                         |       |



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

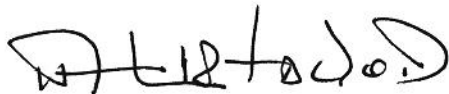
**Informe de Actividades No.06-2017  
24 de Junio 2017 – 24 de Julio 2017**

**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.
- Informes de Gestión Cajamag





Bogotá, 24 de Julio 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 Julio 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, artículo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. ☐

Soy Declarante de Renta ☒

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



# 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                                    | 2017-07-17, 02:18:13 PM   |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | julio de 2017             |
| Periodo de Cotización Para Salud         | julio de 2017             |
| Empresa                                  | ADOLFO LEON HURTADO DURAN |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 6385897                |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                       |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 8873467570 / 8846915980   |
| Tipo de Planilla                         | I                         |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         |                           |
| Banco                                    | (1052) - BANCO AV VILLAS  |
| Valor                                    | \$ 812.700                |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                  |
| Dirección IP de Origen                   | 190.90.20.66              |

| NIT            | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                                | 1                | \$ 448.000     | \$ 0                 |
| N805000427     | EPS016 | COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1                | \$ 360.000     | \$ 0                 |
| N860011153     | 14-23  | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS      | 1                | \$ 14.700      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                                         |                  | \$ 812.700     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                                         |                  |                | \$ 812.700           |

