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:	CPS N° 015 de 2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 55.000.000	Fecha de trámite:	22/05/2017		
Fecha suscripción contrato:	26 de enero 2017	Nombre del Contratista:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA	Fecha de aprobación de la garantia única -si aplica-			27 DE ENERO DE 2016
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	26/01/2017	Fuente de los Recursos	Inversión		
Fecha Acta de Inicio:	27 de enero de 2017	Fecha terminación	26 de diciembre de 2017	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación:	27.591.239
Objeto:	Prestar servicios profesionales a la Superintendencia de Subsidio Familiar, como apoyo de la Oficina Asesora de Planeación en mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, en su articulación con el Sistema Integrado de Gestión, en búsqueda constante de la mejora continua, optimización, sensibilización y operación del mismo.						

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 5.000.000	7	
2	$ 5.000.000	8	
3	$ 5.000.000	9	
4		10	
5		11	
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 **27%**

TOTAL **$ 15.000.000**

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 35.000.000**	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 5.000.000			Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:			X
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	$	250.000
	Valor Pensión	$	320.000
	Valor ARL	$	10.400
	Total Pagos	**$**	**580.400**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)			

Firma Supervisor
Nombre: CARLOS ALIRIO GONZALEZ REYES
Documento de Identidad: C.C. 82.390.492
Cargo: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION

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

24 MAY 2017
10:20

ISO 9001 icontec CO-SC-CER360076 NTCGP 1000 icontec GP-CER360126 IQNet

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

CONTRATO DE CPS Nº015 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la Superintendencia de Subsidio Familiar, como apoyo de la Oficina Asesora de Planeación . En mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad , en su articulación con el Sistema Integrado de Gestión, en búsqueda constante de la mejora continua, optimización, sensibilización y operación del mismo		**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**	26/02/2017	**FECHA DEL INFORME:**	22/05/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	De 27 de enero a 26 de diciebmre de 2017	**PRÓRROGAS:**	**0**		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**	De 27 de enero a 26 de diciebmre de 2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$55.000.000	**ADICIONES:**	**0**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	$55.000.000
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** 27/04/2017	**Hasta:** 26/05/2017	**Pago No.:**	4	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	**36%**

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	**ACTIVIDADES REALIZADAS** Elaboración de matrices de seguimiento por componente al indice de transparencia. (Visibilidad, Institucionalidad, Control y Sanción) Acompañamiento a las dependencias en el diligenciamiento de la matriz seguimiento al indice de transparencia. (contratación, Gestión Documental, Control Interno, Talento Humano, Gestión de Cajas de Compensación Familiar y fInanciera Contable de Cajas de Compensación Familiar. Acompañamiento a la Oficina de Tecnologia en el diligenciamiento de los formularios de Autoevaluación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información. Participación en mesa de trabajo en revisión de entregable de Autoevaluación del Modelo de Seguridad y privacidad de la información. Elaboración de Plan de mejoramiento auditoria de seguimiento ICONTEC. Consolidación de reportes de avances de actividades del indice de transparencia.
OBSERVACIONES:	PI

Mayra Mercedes Alba García
C.C. 27.591.239 DE Cúcuta

CARLOS ALIRIO GONZALEZ REYES
C.C. 82.390.492
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Bogotá, 22 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, Mayra Mercedes Alba García, identificado con la cédula de ciudadanía No.27591239, 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.015 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

Mayra Mercedes Alba García
C.C. No.27.501.239 de Cúcuta

Bogotá, 22 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, Mayra Mercedes Alba García, identificada con cédula de ciudadanía número 27.591.239 expedida en Cúcuta, 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 (Adjunto Registro Civil)

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) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

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 provienen de 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_

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,

Mayra Mercedes Alba García
C.C. 27.591.239 de Cúcuta
Calle 25 B 72-80 apto 103 int 15 Tarragona de Salitre I
Móvil 3112901161

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27591239
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA ALBA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 9 #47 83 APTO 205
TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	**7148354701**
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2017
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2017
DÍAS DE MORA:	13
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2017/05/23
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993875602

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 0	$ 320.000	$ 3.600	$ 323.600
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 3.600**	**$ 323.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 250.000	$ 2.800	$ 0	$ 252.800
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 252.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 200	$ 0	$ 10.700
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 10.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 27591239	GARCIA MAYRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	27591239	$ 10.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 587.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	27591239
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA ALBA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 9 #47 83 APTO 205	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7141103957**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO	2017	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2017
DÍAS DE MORA:				10					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2017/04/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9993459733

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 320.000	$ 2.800	$ 322.800
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 2.800**	**$ 322.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 250.000	$ 2.200	$ 0	$ 252.200
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 252.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 100	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF
																										FSP																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 27591239	GARCIA MAYRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	27591239	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 585.600**