

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:	20/02/2017
Fecha suscripción contrato:	26 de enero 2017	Nombre del Contratista:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	27 DE ENERO DE 2016
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	5717 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	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		9		
4		10		
5		11		
6				% EJECUCIÓN 0%
			TOTAL \$	-

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

No. Del pago	1	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 50.000.000	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 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 \$ 250.000 Valor Pensión \$ 320.000 Valor ARL \$ 10.400 Total Pagos \$ 580.400
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

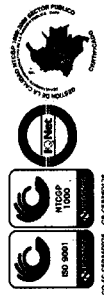
Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

Firma Supervisor (Del 27 de enero al 14 de febrero)
Nombre: HERÁCLITO LANDINEZ SUÁREZ
Documento Identidad: C.C. N° 5.534.610

Firma Supervisor
Nombre: RAFAEL TIBULLO CALDERÓN
Documento de Identidad : 12. 127.373

Cargo: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION

Acuerdo
23 FEB 2017.
3:15



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE CPS N°015 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:	20/02/2017		
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:		PRÓRROGAS:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	De 27 de enero a 26 de diciembre de 2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$55.000.000	ADICIONES:	0	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$55.000.000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 27/01/2017	Hasta: 26/02/2017	Pago No.: 11	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	9%



SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación



Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

ACTIVIDADES REALIZADAS	
Apoyo y acompañamiento a la implementación del link de transparencia y acceso a la información en el portal corporativo, en cumplimiento a la ley 1712 de 2014 y la resolución 3564 de 2015	
Diseño del procedimiento de rendición de cuentas de acuerdo a lineamientos legales e institucionales	
Elaboración de Memorando para dependencias del avance de implementación del link de transparencia y acceso a la información	
Socialización del Plan anticorrupción y atención al Ciudadano a los grupos de Secretaría General.	
Acompañamiento al grupo de Notificaciones en ajuste del procedimiento, indicadores y riesgos de acuerdo a cambios en lineamientos institucionales	
Acompañamiento a las dependencias en la elaboración del mapa integral de riesgo por proceso	
Acompañamiento en la elaboración del mapa institucional de riesgos de corrupción	
Revisión de los documentos del Sistema de Seguridad y salud en el trabajo	
OBSERVACIONES:	
 Mary Mercedes Alda García	 Heracilio Landínez Suárez Jefe Oficina Asesora de Planeación (Supervisor del 27 de enero al 14 de febrero)
	 Rafael Trujillo Calderon
	Jefe Oficina Asesora de Planeación.
C.C. 27591239 de cucuta	

Bogotá, 20 de febrero 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, 20 de febrero 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, artículo 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 Tarragona de Salitre
Móvil 3112901161



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



TPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
CIUDADANÍA:	UNION	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
TPO APORTANTE:	2 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	UNICO
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	UNICO		

TPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
CIUDADANÍA:	UNION	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
TPO APORTANTE:	2 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	UNICO
FORMA DE PRESENTACIÓN:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	UNICO		

CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	VALOR PAGADO
				1	\$ 320.000			\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 320.000	\$ 322.500
SUB-TOTALES:												

CÓDIGO	EP5005	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	VALOR PAGADO
				1	\$ 320.000			\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 320.000	\$ 322.500
SUB-TOTALES:												

CÓDIGO	14-23	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	VALOR PAGADO
				1	\$ 320.000			\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 320.000	\$ 322.500
SUB-TOTALES:												

DATOS DEL COTIZANTE		NOVEDADES		RENTA		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		PENSIONES		PENSIONES	
Nº IDENTIFICACION	NOMBRES	TPO COTIZANTE	SUBTPO COTIZANTE	IBF	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	APORTE	ADMIN	IBF	COTIZACIÓN	ADMIN	IBF	COTIZACIÓN
1	EC-27591238 ALBA GARCIA MAYRA MERCEDES	2	2	200.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	200.000	\$ 250.000	\$ 250.000	200.000	\$ 250.000
TOTAL													

TOTAL \$ 584.900

