

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	Nº 016 de Enero 26 de 2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 77.000.000.00	Fecha de trámite:	23/05/2017
Fecha suscripción contrato:	Enero 26 de 2017	Nombre del Contratista:	LUZ AMPARO RESTREPO	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	Enero 26 de 2017
Requiere Acta de Inicio	si	No. De Registro Presupuestal:	5617 de Enero 26 de 2017	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:	Enero 27 de 2017	Fecha terminación	Diciembre 26 de 2017	Tipo Identificación	C.C. No. de identificación: 24311880
Objeto:	Prestar los Servicios Profesionales a la Superintendencia del Subsidio Familiar en el Acompañamiento para la Implementación de la Planeación Estratégica diseñada hasta el 2018 y en la Implementación y Seguimiento a la ejecución y Desarrollo del Modelo del Sistema Integrado de Gestión iniciado en el 2016.				

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	9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	27%
			TOTAL	\$ 21.000.000

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 49.000.000	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:	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.	<table> <tr> <td>Valor Salud</td><td>\$ 350.000</td></tr> <tr> <td>Valor Pensión</td><td>\$</td></tr> <tr> <td>Valor ARL</td><td>\$ 10.600</td></tr> <tr> <td>Total Pagos</td><td>\$ 364.600</td></tr> </table>	Valor Salud	\$ 350.000	Valor Pensión	\$	Valor ARL	\$ 10.600	Total Pagos	\$ 364.600
Valor Salud	\$ 350.000								
Valor Pensión	\$								
Valor ARL	\$ 10.600								
Total Pagos	\$ 364.600								
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)									

Firma Sufragánea: *[Firma]*

NOMBRE: CARLOS ALIRIO GONZALES

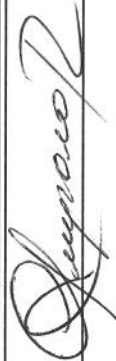
Documento Ident : CC. 82390492

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

Adelino
24 MAY 2017
10:20

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES : N° 016 de Enero 26 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los Servicios Profesionales a la Superintendencia del Subsidio Familiar en el Acompañamiento para la Implementación de la Planeación Estratégica diseñada hasta el 2018 y en la Implementación y Seguimiento a la ejecución y Desarrollo del Modelo del Sistema Integrado de Gestión iniciado en el 2016.			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	Enero 26 de 2017	FECHA DEL INFORME:	21/05/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	11 meses	PRÓRROGAS:	0		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	11 meses	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00	ADICIONES:	0		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00	
Período correspondiente del pago:	Desde: 27 de Abril de 2017	Hasta: 28 de Mayo de 2017	Pago No.: 4			36%	
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1.- Verificación y selección de la propuesta de la Universidad Nacional de Colombia, para prestar los servicios profesionales de Formación y Gestión del conocimiento en el Sistema Integrado de Gestión, con la incorporación de los criterios diferenciales del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2 - 2017. Reunión con la Universidad Nacional para definir el plan de actividades de acuerdo con la propuesta presentada. Elaboración y ajuste de los Estudios Previos y documentos anexos para ser remitidos con la solicitud al área de contratación. 2.- Reunión para la organización y definición del Plan de Trabajo 2017 del SIG, e ilustración sobre las actividades de formación definidas en el contrato con la Universidad para apoyar la implementación, formación, alineación, y sensibilización del Sistema Integrado de Gestión- SIG, y el alistamiento para la obtención de la Certificación de uno de los Sistemas de Gestión en el 2017. 3.- Ajuste de los indicadores en la Matrix del Plan Estratégico como resultado de las mesas de trabajo realizadas con algunas dependencias. 4.- Invitación a la Caja de Compensación Catam, para definir programación, fecha y sitio para la realización del Día de la Calidad. Reunión y visita a las instalaciones de la Caja.						
OBSERVACIONES:							
LUZ AMPARO RESTREPO				CARLOS ALIRIO GONZALEZ <i>Gerente Asesora de Planeación (E)</i>			
C.C.24311880							

Bogotá, 23 de Mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, Amparo Restrepo, identificada con cédula de ciudadanía No. 4311880 expedida en Manizales, me acojo a la disminución de 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) (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:

ES	INDEPENDIENTES	2017	9993129635
	abr/ AÑO		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		NÚMERO AUTORIZACIÓN		VALOR		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº	COTIZANTES	INCAPACIDAD R/P	LIQUIDACIÓN	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO
42-23	1423-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1				\$ 0	\$ 14.700	\$ 14.700	\$ 0
						\$ 0	\$ 14.700	\$ 14.700	\$ 0
SUB-TOTALES:									

[illegible]

TOTAL	\$ 364.700
--------------	-------------------

2017/05/05 9:41 AM

PÁGINA 1 DE 1

