

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 suscripción contrato:	Enero 26 de 2017	Nombre del Contratista:	LUZ AMPARO RESTREPO
Requiere Acta de Inicio	si	No. De Registro Presupuestal:	5617 de Enero 26 de 2017
Fecha Acta de Inicio:	Enero 27 de 2017	Fecha terminación	Diciembre 26 de 2017
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 SIF NACIÓN			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	
		% EJECUCIÓN	0%
		TOTAL	\$ -

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	
No. Del pago	1
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 70.000.000
Factura No.	
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 \$ 350.000 Valor Pensión \$ - Valor ARL \$ 14.600 Total Pagos \$ 364.600
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

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

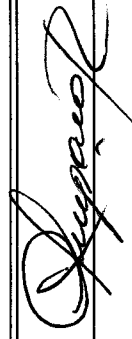
[Firma]
 Firma Supervisor o Interventor
NOMBRE HERACLYT LANDINEZ SUAREZ
 Documento Ident. CC-8.534.680
NOMBRE RAFAEL TRUJILLO CALDERON
 Documento Ident. CC. 12.127.373

Adelino
23 FEB 2017
9:05



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

**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.				
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	11 meses	PRÓRROGAS:	0	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	21/02/2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00	ADICIONES:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	11 meses
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 26 de Enero de 2017	Hasta: 26 de Febrero de 2017	Pago No.: 1	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1.- Ajuste del Plan Estratégico 2015-2018 de acuerdo con los lineamientos definidos por transparencia y aprobados en el Comité Directivo realizado el 19 de diciembre de 2016. 2.- Consolidación de la Matriz de seguimiento al Plan Estratégico Institucional del segundo semestre de 2016, con corte al 31 de diciembre; de acuerdo con la información suministrada por cada una de las dependencias. 3.- Elaboración del Documento sobre el Sistema Integrado de Gestión de la SSF, con los avances y realizaciones de la vigencia 2016. 4.- Apoyo a la Socialización del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano 2017, con las dependencias de Tics y Control Interno. 5.- Coordinación del Plan de Capacitación del Area.				
OBSERVACIONES:					
LUZ AMPARO RESTREPO	 HERÁCLITO LANDINEZ SUAREZ - Jefe Oficina Asesora de Planeación				
C.C.24311880	 RAFAEL TRUJILLO CALDERÓN - Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)				

Bogotá. D.C., Feb 21 de 2017

Doctora
LUZ MARY CORONADO MARIN
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetada Doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 3° del Decreto No. 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleado conforme al artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012, y lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea manifiesto que:

SI _ NO __X_ estoy obligada a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI __X__ NO ____, de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen _SI __X__ NO __ de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos totales del año gravable inmediatamente anterior superaron SI ____ NO __X__, cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago a los veintiún (21) días del mes de Febrero del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extrajuicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,


LUZ AMPARO RESTREPO DECORTES
CC.24311880

Bogotá, Febrero 21 de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados Señores:

Yo, **LUZ AMPARO RESTREPO DE CORTÉS**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 24311880 de Manizales, 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. CPS 016 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,


LUZ AMPARO RESTREPO DE CORTÉS
C.C. No.24311880

[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24311880
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ AMPARO RESTREPO DE CORTES RESTREPO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 124 N 16- 19 APT 203	TELÉFONO:	5237346
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACT. ASESORAMIENTO
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7126255139	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2017	SALUD:	AÑO: 2017
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2017/02/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992180067

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 350.000
SUBTOTAL:			1	\$ 350.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 14.600
SUBTOTAL:			1	\$ 14.600

TOTAL PAGADO:

\$ 364.600