



SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO



MINTRABAJO
Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

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	Fecha de trámite:	21/04/2017
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 Subsido 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 SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIF 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		9		
4		10		
5		11		% EJECUCIÓN 18%
6		12		
			TOTAL	\$ 14.000.000

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

No. Del pago	3	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000	Fecha de la Factura:	
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR			\$ 56.000.000

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.	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 Supervisor o Interventor
Nombre: CARLOS ALIRIO GONZALES
Documento Identidad: 82390492
Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación
Dependencia: Oficina Asesora de Planeación

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 34878000 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 34877777
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co



Admision
24 ABR 2017
4:10

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE CPS 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 SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	Enero 26 de 2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$77.000.000	ADICIONES:	0	FECHA DEL INFORME:	21/04/2017
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 26/03/2017	Hasta: 26/04/2017	Pago No.: 3	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	11 meses
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$77.000.000 Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: 27% Actividad 1 1. Verificación de las cotizaciones presentadas por las Universidades, para hacer la selección de la propuesta que se ajusta mas a las necesidades y requisitos de la SuperSubsidio. Elaboración de los Estudios previos y planificación del proceso para llevar a cabo el Plan de capacitación con el objeto de apoyar la implementación, fortalecimiento y alistamiento para certificar uno de los Sistemas de Gestión que se están implementando en la entidad. Actividad 2. Verificación y Ajuste a los Indicadores de Desempeño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018, de acuerdo con las solicitudes y necesidades de modificación de las dependencias, haciendo el acompañamiento respectivo. Actividad 3. Preparación de la reunión para los Auditores Internos de Calidad y los Líderes de los Sistemas de Gestión. Elaboración del Documento Guía para el Sistema Integrado de Gestión para la Superintendencia, para ser entregado en la reunión.				
OBSERVACIONES:					
Luz Amparo Restrepo	Carlos Arlirio Gonzalez				
C.C. 24.311.880	Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)				

Bogotá, 21 de Abril de 2017

**Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad**

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, Luz Amparo Restrepo, identificada con cédula de ciudadanía número 24311880 expedida en Manizales, 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 ☒

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,



NOMBRE.- LUZ AMPARO RESTREPO DE CORTÉS

CEDULA O NIT.- 24311880

DIRECCION.- Calle 124 No 16-19 Apto 203

TELEFONO.- 3112838971

Bogotá, Abril 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 004 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,


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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA	7136109866	TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTES
FECHA DE EMISIÓN	marzo 2017	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	marzo 2017
DÍAS DE MORAL			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2017/03/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	INCAPACIDAD IRP	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
						PLANILLA	VALOR					
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1					\$ 0	\$ 0	\$ 14.600	\$ 0	\$ 0	\$ 14.600
TOTALES:									\$ 14.600	\$ 0	\$ 0	\$ 14.600

TOTAL	\$ 364.600
--------------	-------------------

Bancoomeva

