SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO
TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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:	$ 77.000.000.00	Fecha de trámite:	26/11/2017		
Fecha suscripción contrato:	Enero 26 de 2017	Nombre del Contratista:	LUZ AMPARO RESTREPO	Fecha de aprobación de la garantia 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
1	$ 7.000.000	7	$ 7.000.000
2	$ 7.000.000	8	$ 7.000.000
3	$ 7.000.000	9	$ 7.000.000
4	$ 7.000.000	10	
5	$ 7.000.000	11	
6	$ 7.000.000	12	

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 **82%**

TOTAL **$** **63.000.000**

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

No. Del pago	10	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 7.000.000**	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 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	$ 350.000
	Valor Pensión	$ -
	Valor ARL	$ 14.600
	Total Pagos	**$ 364.600**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		

Firma Supervisor o Interventor

NOMBRE HERÁCLITO LANDINEZ SUAREZ

Documento Ident : CC. 5,534,610

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

SuperSubsidio

Radicado: 1-2017-019329 Fecha: 24/11/2017
Folios: 6 Anexos: 0
Dependencias: Grupo de Gestion Contractual

24 NOV 2017
2:40

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES : Nº 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:**	26/011/2017
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**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde: 27de Octubre de 2017**	**Hasta: al 26 de Noviembre de 2017**	**Pago No.:** 10			**91%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. Solicitud al Jefe de Planeación de la información consolidada del desempeño de los Planes Institucionales y del Informe de Gestión Institucional, para análisis y recomendaciones como parte del Control Estratégico. 2. Revisión , aprobación y cargue de la Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico 2017, por parte del líder del proceso. . 3. Revisión , aprobación y cargue del Procedimiento de Direccionamiento Estratégico por parte del líder del proceso. 4. Ajuste a las Fichas de Indicadores de Direccionamiento Estratégico 2017 , revisión y aprobación por parte del líder del proceso. 6. Remisión de los Indicadores aprobados al Jefe de Planeación para ser incluídos en la Matriz de seguimiento del Plan Estratégico Institucional. 5. Informe al FURAG, sobre el Direccionamiento Estratégico. 6. Revisión Formato de Creación, Modificación e Inactivación de documentos , solicitud de ajuste y actualización al Jefe de la Oficina de Planeación.					
OBSERVACIONES:	.					

LUZ AMPARO RESTREPO	*HERÁCLITO LANDÍNEZ SUAREZ - SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA GEST*
C.C.24311880	*CC. 5,534,610*

Bogotá, 26 de Noviembre 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, 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,

NOMBRE.- LUZ AMPARO RESTREPO DE CORTÉS
CEDULA O NIT.- 24311880
DIRECCION.- Calle 124 No 16-19 Apto 203
TELEFONO.- 3112838971

Bogotá, Noviembre 26 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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

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: 6237346
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: 7173640891 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS 0 MES octubre AÑO 2017 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES octubre AÑO 2017
DÍAS DE MORA:
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2017/09/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9995607360

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	$ 350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 350.000	$ 0	$ 0	$ 350.000
SUBTOTALES:													$ 350.000	$ 0	$ 0	$ 350.000

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	$ 14.700	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 14.700
SUBTOTALES:									$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 14.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																									PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD							ARP									CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	INT. INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INGT	RETT	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24311880	RESTREPO DE CORTES LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PENS VIEJ ACT	$ 2.800.000			NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.800.000	$ 350.000	$ 0	$ 350.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.800.000	24311880	$ 14.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 364.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

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:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7179451681**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2017	SALUD:	AÑO:	2017
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2017/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996119745

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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.700
SUBTOTAL:			1	**$ 14.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 364.700**

Planilla Pagada