

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 SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 7.000.000	7	
2	\$ 7.000.000	8	
3	\$ 7.000.000	9	
4	\$ 7.000.000	10	
5	\$ 7.000.000	11	
6		12	
		% EJECUCIÓN	36%
		TOTAL	\$ 28.000.000

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	
No. Del pago	5
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 42.000.000
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.	<table border="1"> <tr> <td>Valor Salud</td> <td>\$ 350.000</td> </tr> <tr> <td>Valor Pensión</td> <td>\$ -</td> </tr> <tr> <td>Valor ARL</td> <td>\$ 14.500</td> </tr> <tr> <td>Total Pagos</td> <td>\$ 364.500</td> </tr> </table>	Valor Salud	\$ 350.000	Valor Pensión	\$ -	Valor ARL	\$ 14.500	Total Pagos	\$ 364.500
Valor Salud	\$ 350.000								
Valor Pensión	\$ -								
Valor ARL	\$ 14.500								
Total Pagos	\$ 364.500								
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

Jorleidy Beatty
Firma Supervisor o Interventor
NOMBRE JORLEIDY BEATTY
Documento Ident: CC. 26.290.474

Adriana
28 JUN 2017
8:45



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.			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	Enero 26 DE 2017	FECHA DEL INFORME:	27/06/2017
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: 26 de Mayo de 2017	Hasta: al 27 de junio de 2017	Pago No.:	5		45%	
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1.- Informe de Gestión sobre los avances y desarrollos del Sistema Integrado de Gestión, de la Superintendencia del Subsidio Familiar con la incorporación de la propuesta para el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2 – 2017. 2.- Ajuste de los indicadores en la Matrix del Plan Estratégico como resultado de las mesas de trabajo realizadas con algunas dependencias. 3.- Elaboración de la Guía Metodológica para la evaluación y seguimiento del Plan Estratégico 2015- 2018 . Remisión de la Guía e invitación a los Directivos para hacer una verificación y retroalimentación sobre el seguimiento al Plan Estratégico de la Entidad.						
OBSERVACIONES:							

LUZ AMPARO RESTREPO	JORLEIDY BEAM - Asesora del Despacho
C.C.24311880	

1- 2017 - 0039860 28/06/2017 8:20:28
INFORME DE ACTIVIDADES.txt
Folios: 6 Anexos: 1



Bogotá, Junio 27 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

Bogotá, 27 de Junio 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.

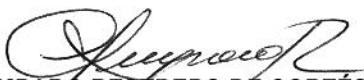
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

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

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

[illegible]



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CALLE Y MUNICIPIO: CÓDIGO POSTAL: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).	CEDELA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: CALLE Y MUNICIPIO: CÓDIGO POSTAL: TIPO APORTANTE: PRIVADA ACTIVADA ECONÓMICA ÚNICO	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/aaaa)	7159835812 20 2017/06/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN
INDEPENDIENTES junio AÑO 2017 998413287		MAYO AÑO 2017 998413287	

TOTAL APORTES A SALUD										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
EPISODIOS-SANITAS S.A.													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
EPISODIOS													
SUB-TOTALES:													

TOTAL APORTES A RECURSOS PROFESIONALES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
CÓDIGO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													
SUB-TOTALES:													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										TOTALES			
ADMINISTRADORA		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO		NOMBRE		NÚMERO	
AL-23													

