



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:	\$ 77.000.000.00	Fecha de trámite:	26/10/2017
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	\$ 7.000.000	* 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	\$ 7.000.000	
3	\$ 7.000.000	9		
4	\$ 7.000.000	10		
5	\$ 7.000.000	11		
6	\$ 7.000.000	12		
			% EJECCIÓN	72%
			TOTAL	\$ 56.000.000

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

No. Del pago	9	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 14.000.000	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.	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 HERÁCLITO LANDINEZ SUAREZ

Documento Ident: CC. 5.534.610

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co • e-mail: ssf@ssf.gov.co



Andrés
25 OCT 2017
10:41

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:	26/01/2017
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00	ADICIONES:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	11 meses
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 27 de Septiembre de 2017	Hasta: al 26 de Octubre de 2017	Pago No.: 9	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 77.000.000.00
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. Revisión del Plan de Mejoramiento Institucional Informe de Auditoría Interna y Externa, y Plan Estratégico 2015-2018. 2. Elaboración de la Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico 2017. 3. Revisión y ajustes de la visita de Control Interno en reunión con el Jefe de Control Interno y de Planeación. 4. Elaboración del Procedimiento de Direccionamiento Estratégico 5. Elaboración de las Fichas de Indicadores de Direccionamiento Estratégico 2017.				
OBSERVACIONES:					
LUZ AMPARO RESTREPO	<i>[Firma]</i>				
C.C.24311880	HERÁCLITO LANDÍNEZ SUAREZ - SUPERINTENDENTE DELÉGADO PARA LA GESTIÓN				
	CC. 5.534,610				

1-2017-017377 24/10/2017 16:24:52
INFORME DE ACTIVIDADES.txt
Folios: 6 Anexos: 1



Bogotá, 26 de Octubre 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, Octubre 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 COMPROBANTE DE PAGO

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	TÉLEFONO: 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:	7163215635	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2017	SALUD: AÑO: 2017
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2017/09/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9995244288

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
----------------------	-------------------

 Bancoomeva[illegible]

planilla pagada

