

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	37	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 30.000.000	Fecha de trámite:	01/07/2018
Fecha suscripción contrato:	25/01/2018	Nombre del Contratista:	SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	25/01/2018
Requiere Acta de Inicio	No	No. De Registro Presupuestal:	6918	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:		Fecha terminación	31/07/2018	Tipo Identificación	C.C. No. de Identificación: 52499845
Objeto:	Contratar la prestación de servicios profesionales en la Superintendencia Delegada para Estudios Especiales y la Evaluación de Proyectos a fin de generar lineamientos, mecanismos y procedimientos que contribuyan con el mejoramiento de la inspección, vigilancia y control de los planes, programas y proyectos de inversión presentados por las Cajas de Compensación Familiar.				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 5.000.000	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	\$ 5.000.000	8		
3	\$ 5.000.000	9		
4	\$ 5.000.000	10		
5	\$ 5.000.000	11		
6		12		
		% EJECUCIÓN		67%
		TOTAL		\$ 20.000.000

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

No. Del pago	5	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 5.000.000	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.000.000			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:	NA
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 \$ 253.000 Valor Pensión \$ 323.800 Valor ARL \$ 10.700 Total Pagos \$ 587.500
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	X

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

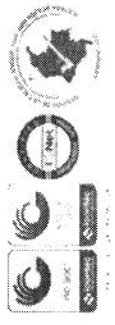
Firma Supervisor o Interventor
RUBEN DARIO CORDOBA VICTORIA
 Doc. M. C.C. 6.335.999
 Cargo: Director Gestión Financiera y Contable
 Dependencia: Dirección Financiera y Contable

Adicional
 1.1 JUL 2018
 2.15



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 037 DE 2018					
OBJETO DEL CONTRATO:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	25/01/2018	FECHA DEL INFORME:	01/07/2018	
Contratar la prestación de servicios profesionales en la superintendencia Delegada para Estudios Especiales y la Evaluación de Proyectos a fin de generar lineamientos, mecanismos y procedimientos que contribuyan con el mejoramiento de la inspección, vigilancia y control de los planes, programas y proyectos de inversión presentados por las Cajas de Compensación Familiar.					
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	6	PRÓRROGAS:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	6
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 30.000.000	ADICIONES:	0	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 30.000.000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/06/2018	Hasta: 30/06/2018	Pago No.:	5	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: 66,67%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1.0. Recibir, revisar, clasificar, radicar, distribuir y controlar documentos, datos, elementos y correspondencia relacionados con los asuntos de competencia de la entidad, de acuerdo con las necesidades que presenta tanto la Superintendencia Delegada para Estudios Especiales y la evaluación de Proyectos, como para la Delegada de Gestión. 1.1. Actividades: No se realizaron tareas en estas obligaciones. 1.1.1. Producto: No aplica 2.0. Llevar y mantener actualizados los registros de carácter técnico, administrativo y financiero y responder por la exactitud de los mismos. 2.1. Actividades: No se realizaron tareas en estas obligaciones. 2.1.1. Producto: No aplica. 3.0. Orientar a los usuarios y suministrar la información que les sea solicitada, de conformidad con los procedimientos establecidos 3.1. Actividades: - No se realizaron tareas en estas obligaciones. 3.1.1. Producto: No aplica 4.0. Desempeñar funciones de oficina y de asistencia administrativa encaminadas a facilitar el desarrollo y ejecución de las actividades del área de desempeño. 4.1. Actividades: No se realizaron tareas en estas obligaciones. 4.1.1. Producto: No aplica 5.0. Efectuar diligencias externas cuando las necesidades del servicio lo requieran. 5.1. Actividades: Visita Ordinaria, de Inspección Vigilancia y Control a la Caja de Compensación Familiar del Cauca - COMFACAUCA. 5.1.1. Producto: Informe Preliminar de visita. 6.0. Realizar la atención telefónica y personal de funcionarios de los diferentes organismos y entidades que requieran información, facilitando la ejecución de sus trámites y de acuerdo a las directrices establecidas en el área. 6.1. No se realizaron tareas en estas obligaciones. 6.1.1. No aplica 7.0. Apoyar la elaboración de oficios, informes, documentos y memorandos en general asignados por el área para dar respuesta a las solicitudes internas y externas de competencia de la entidad y bajo la normatividad que aplique cada tema. 7.1. No se realizaron tareas en estas obligaciones. 7.1.1. No aplica 8.0. Apoyar las actividades logísticas y de organización requeridas a nivel interno y externo de la entidad para el buen funcionamiento y cumplimiento de los compromisos adquiridos por el área. 8.1. No se realizaron tareas en estas obligaciones. 8.1.1. No aplica 9.0. Tramitar el pedido de papelería y los diferentes insumos, con el fin de obtener suministros para el desarrollo de las Actividades del Área. 9.1. No se realizaron tareas en estas obligaciones. 9.1.1. No aplica 10. Custodiar la documentación recibida, manejada y suministrada por el despacho, controlando, archivando y haciendo el seguimiento correspondiente para dar respuesta a las inquietudes que se presenten con respecto a				

OBSERVACIONES:			
Firma del Contratista	Firma del Supervisor del contrato	Firma del Supervisor del contrato	
SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO	MARIA DE LOS ANGELES LEDESMA GARCÍA	RUBÉN DARÍO CÓRDOBA VICTORIA	
C.C. 52.499.845	C.C. 31.497.106	C.C. 6.385.999	
	Delegada para Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos	Director Gestión Financiera y Contable	
	Superintendencia Delegada para Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos	Dirección Gestión Financiera y Contable	



Bogotá, 01 de Julio de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO, identificado con cédula de ciudadanía número 52.499.845 expedida en Bogotá D.C., 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
RC	1021514890	SILVANA GASCA GONZÁLEZ	06
RC	1021515035	BENJAMÍN GASCA GONZÁLEZ	02

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:

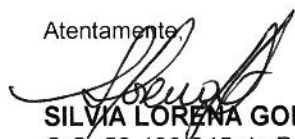
No soy Declarante de Renta. ☐

Soy Declarante de Renta ☒

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$44.603.000), que no soy responsable del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2017 no excedió de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$143.366.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no superaron las mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

De acuerdo con lo establecido en el art.383 del E.T parágrafo 2. Manifiesto que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad generadora de renta.

Atentamente,



SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO
C.C. 52.499.845 de Bogotá
C/le 166 No. 9 – 45 T.3 Apto 412
Cel. 3203579990

Bogotá, 01 de Julio de 2018

Señores

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO, identificado con la cédula de ciudadanía No.52.499.845 de Bogotá D.C., 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. 037 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



SILVIA LORENA GONZÁLEZ TRONCOSO
C.C. No. 52.499.845 de Bogotá

Página 1 2018-06-29

