



SuperSubsidio

Verificación de pago de contribuciones

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

MINTRABAJO

Código: FO-OP-ECON-004 Versión: 1

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

No. del Contrato:	26	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 20.800.000	Fecha de trámite:	30/06/2017
Fecha suscripción contrato:	01/02/2017	Nombre del Contratista:	Aura Ligia Yandun Benavides	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	01/02/2017
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	7017 del 18 de enero de 2017	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	02/02/2017	Fecha terminación	01/10/2017	Tipo identificación	C.C. No. de identificación: 36860685
Objeto:	Prestar los servicios profesionales como Contador para apoyar al Grupo de Gestión del Talento Humano, en los procesos de nomina, y demas actividades y procesos del grupo relacionados con temas contables.				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 2.600.000	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	\$ 2.600.000	8		
3	\$ 2.600.000	9		
4	\$ 2.600.000	10		
5	\$ 2.600.000	11		% EJECUCIÓN 50%
6		12		TOTAL \$ 10.400.000

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

No. Del pago	5	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 7.800.000	Factura No.	5
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 2.600.000			Fecha de la Factura:	30/06/2017

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.	<table> <tr> <td>Valor Salud</td><td>\$ 130.000</td></tr> <tr> <td>Valor Pensión</td><td>\$ 165.400</td></tr> <tr> <td>Valor ARL</td><td>\$ 5.500</td></tr> <tr> <td>Total Pagos</td><td>\$ 301.900</td></tr> </table>	Valor Salud	\$ 130.000	Valor Pensión	\$ 165.400	Valor ARL	\$ 5.500	Total Pagos	\$ 301.900
Valor Salud	\$ 130.000								
Valor Pensión	\$ 165.400								
Valor ARL	\$ 5.500								
Total Pagos	\$ 301.900								
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	NA								

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]

Firma Supervisor o Interventor
Nombre: Jorleidy de Jesus Bean Mosquera

Documento Identidad: 26.274.474

Cargo: Coordinador

Dependencia: Grupo de Gestión del Talento Humano

06 JUL 2017

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



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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°026 del 01 de Febrero de 2017.

OBJETO DEL CONTRATO:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:		FECHA DEL INFORME:
"Prestar los servicios profesionales como Contador para apoyar al Grupo de Gestión del Talento Humano, en los procesos de nómina, y demás actividades y procesos del grupo relacionados con temas contables."	N/A		01/02/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	01/02/2017	PRÓRROGAS:	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$20.800.000	ADICIONES:	01/10/2017
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01-05-2017	Hasta: 30-06-2017	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:
		Pago No.: 5	\$20.800.000
			Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: 50%

Liquidación de nómina mes de Junio en el cual se realizó tres (3) ingresos de las siguientes personas: Carlos Arregoces, Fernando Villalobos y Pablo Vidarte. Tenemos como novedades el retiro de Cuatro (4) personas: Luz Mary Coronado Marín, Henry Alejandro Morales, Nancy Liliana Niño y Nancy Moya. Liquidamos vacaciones de los siguientes funcionarios: Leydi Johana Moyano, Jany Saavedra, Sandra Russi, Andrea del Pilar Rodríguez, Wilson Perdomo, Jorge Concha y Dora Arias. Liquidación de Horas Extras: Wilmer Samuel Rico, Diego Edison Castañeda León, Juan Arley Naranjo Lesmes, Oscar Javier Bravo Chávez, Jesús Hernán Pérez Sánchez. Se liquida la seguridad social y parafiscal de todos los funcionarios de la entidad correspondiente al mes de Junio. Se liquida la Nómina de Retroactivo de enero a mayo. Se liquida la Prima de Servicios. Se envía informe detallado a la dependencia de financiera para el siguiente proceso de pago de nómina y prestaciones sociales. Se realiza liquidación definitiva de las personas con novedad de retiro.

OBSERVACIONES:

<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES	Firma del Supervisor del contrato: JORLEIDY DE JESUS BEAN MOSQUERA
C.C.36.860.686	Coordinador del Grupo de Gestión del Talento Humano

Bogotá, 30 de junio de 2017

Señores

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES, identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.860.686 expedida en Ipiales (N), 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. 026 01 febrero de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES
C.C. No.36.860.686 Ipiales (N)

Bogotá D.C.

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES, identificada con cédula de ciudadanía número 36.860.686 expedida en Ipiales (Nariño), 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

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)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

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 corresponden a 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. ☒ X

Soy Declarante de Renta ☐

Atentamente,



NOMBRE: Aura Ligia Yandun Benavides
CEDULA O NIT 36.860.686
DIRECCION Cra 74 Cll 163 conjunto residencial plan 300
TELEFONO 3103851342

Bogotá D.C.

Cuenta de Cobro No. 005

LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

DEBE A:

AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES
C.C. 36.860.686 de Ipiales (Nariño)

La suma de *DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$2'600.000).*

Por el Concepto de: Honorarios Profesionales por *"Prestar los servicios profesionales como Contador para apoyar a la Superintendencia del Subsidio Familiar, en especial al Grupo de Gestión del Talento Humano, en los procesos de nómina, y demás actividades y procesos del grupo relacionados con temas contables.*

Declaro que:

1. Pertenezco al Régimen Simplificado, por tanto, no estoy obligada a cobrar el Impuesto sobre las Ventas.
2. No estoy obligada a expedir factura de venta según el artículo 616-2 del Estatuto Tributario.
3. Anexo copia del RUT.

Cordialmente,



AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES
CC. 36.860.686 de Ipiales (Nariño)
Cel. 3103851342

Simple.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2017-07-04, 01:04:40 PM Tipo Planilla I Número Planilla 8846114400 Referencia pago(PIN) 887788270
Período Cotización 201706 Período Servicio 201706

Cliente:

PAGADA 2017-06-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES	Dirección	CARRERA 74 CALLE 163 40
Documento	CC 36860686	Teléfono	3103851342
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ	Identificación	CC 36860686
Representante Legal	YANDU BENAVIDES AURA LIGIA		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 36860686	Extranjero	Residente	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00		YANDUN BENAVIDES AURA LIGIA	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

Días AFP	30	Días EPS	30	Días ARP	30	Días CCF	0
Salario	\$ 1.040.000						

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Código AFP:	25-14
Código AFP Traslado:	
COLPENSIONES	
IBC AFP	\$ 1.040.000
Total Cotización AFP:	\$ 168.400
Fondo Solidaridad Pensional	\$ 0
Fondo Solidaridad Pensional Subsistencia	\$ 0
Tarifa AFP	16 %

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF:	\$ 0
Aporte CCF:	\$ 0
Tarifa CCF	0 %

IV. PARAFISCALES	
Aporte Ministerio	\$ 0
Aporte ICBF	\$ 0
Aporte SENA	\$ 0
ESAP	\$ 0

Novedades															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
															0

Código EPS:	EPS033
Código EPS Traslado:	
SALUDVIDA EPS	
IBC EPS	\$ 1.040.000
Aporte EPS	\$ 130.000
Aporte UPC	\$ 0
Tarifa Salud	12.5 %
Responsable UPC	

POSITIVA DE SEGUROS	
IBC ARP	\$ 1.040.000
Aporte	\$ 5.500
Tarifa ARP	0.522 %
Clase de Tarifa ARP	1

Tarifa Ministerio	0 %
Tarifa ICBF	0 %
Tarifa SENA	0 %
Tarifa ESAP	0 %

Bogotá. D.C., 30 de junio de 2017

Doctor

RAFAEL LEONARDO PAEZ FUENTES

Secretaría General

Superintendencia del Subsidio Familiar

Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetado doctor:

En cumplimiento con lo dispuesto en el párrafo 4° del artículo 3° del Decreto No. 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleado conforme al artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012, y lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea manifiesto que:

SI ☐ NO ☒ X estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI ☒ X NO ☐ de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen ☐ SI ☐ NO ☐ de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos totales del año gravable inmediatamente anterior superaron SI ☐ NO ☒ X mil cuatrocientas (1.400) UVT \$39'590.600,00.

Esta declaración la hago a los veintiocho (28) días del mes de febrero del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



Aura Ligia Yandún Benavides
C.C. No. 36.860.686 Ipiales (N)

