

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 Lilia Yandini Bonavides |                        |                   |                                |
| Requiere Acta de Inicio     | Si                                                                                                                                                                                                          | No. De Registro Presupuestal:                                      | 7017 del 18 de enero de 2017 |                        |                   |                                |
| Fecha Acta de Inicio:       | 02/02/2017                                                                                                                                                                                                  | Fecha terminación                                                  | 01/10/2017                   |                        |                   |                                |
| Objeto:                     | Prestar los servicios profesionales como Contador para proyar al Grupo de Gestión del Talento Humano, en los procesos de nómina, y demás actividades y procesos del grupo relacionados con temas contables. |                                                                    |                              |                        |                   |                                |
|                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                              | Fuente de los Recursos | Funcionamiento    | 01/02/2017                     |
|                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                              | Tipo Identificación    | C.C.              | No. de identificación 36860686 |

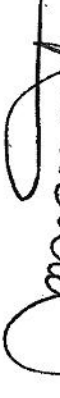
Z. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACION DE PAGO DE SIIF NACION

| No. Cuota | Valor        | No. Cuota                                                                                                                                                     | Valor |
|-----------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1         | \$ 2.600.000 | 7                                                                                                                                                             |       |
| 2         | \$ 2.600.000 | 8                                                                                                                                                             |       |
| 3         | \$ 2.600.000 | 9                                                                                                                                                             |       |
| 4         | \$ 2.600.000 | 10                                                                                                                                                            |       |
| 5         | \$ 2.600.000 | 11                                                                                                                                                            |       |
| 6         |              | 12                                                                                                                                                            |       |
|           |              | <b>Notas:</b><br>* 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 63%                                                                                                                                               |       |
|           |              | TOTAL \$ 13.000.000                                                                                                                                           |       |

3. INFORMACION SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACION.

|                             |    |                              |    |           |                      |            |
|-----------------------------|----|------------------------------|----|-----------|----------------------|------------|
| No. Del pago                | 6  | SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR | \$ | 5,200,000 | Factura No.          | 6          |
| Valor a pagar incluido IVA: | \$ | 2,600,000                    |    |           | Fecha de la Factura: | 28/07/2017 |

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

|                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Informe de Actividades:</b>                                                                                                                                                                                                              |         |
| Fotocopia del formato de Ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:                                                                                          | X       |
| <b>Persona Natural:</b> Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales.<br>Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma. | NA      |
| Valor Salud \$                                                                                                                                                                                                                              | 130.000 |
| Valor Pensión \$                                                                                                                                                                                                                            | 166.400 |
| Valor ARL \$                                                                                                                                                                                                                                | 5.500   |
| Total Pagos \$                                                                                                                                                                                                                              | 301.900 |
| <b>Persona Jurídica:</b> Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)                                                                                      | NA      |
| Firma Supervisor o Interventor<br><br>Nombre Jefe de Jesús Bean Mosquera                                                                                 |         |

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventori) 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 laborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato.

Firma Supervisor o Interventor

Nombre Jprleidy de Jesus Bean Mosquera

Documento de Identidad: 26.274.474

Cargo: Coordinador

Dependencia: Grupo de Gestión del Talento Humano

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia  
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777  
www.sat.gov.co - e-mail: [esig@sat.gov.co](mailto:esig@sat.gov.co)

Admission  
28 JUL 2017







SuperSubsidio



TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

| 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:                                                                                | "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."                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |           | FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: | 01/02/2017                                       | FECHA DEL INFORME: | 28/07/2017 |  |  |
| PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:                                                                         | 01/02/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRÓRROGAS:        | N/A       |                                    |                                                  |                    |            |  |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                                                                         | \$20.800.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ADICIONES:        | N/A       |                                    |                                                  |                    |            |  |  |
| Periodo correspondiente del pago:                                                                   | Desde: 01-07-2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hasta: 30-07-2017 | Pago No.: | 5                                  | Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: |                    | 63%        |  |  |
| ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:                                                              | Liquidación de nómina mes de Julio en el cual se realizó un (1) ingreso de Nancy Yasmin Vásquez Moreno identificada con cc 52.330.051, terminación de encargo de Juan Arley Naranjo. Liquidamos vacaciones de los siguientes funcionarios: María Teresa Zúñiga, María Pilar Rendón, Carmen Cecilia Ramírez, Tatiana Andrea Jiménez, Liquidación de Horas Extras: Wilmer Samuel Rico, Diego Edison Castañeda León, Oscar Javier Bravo Chávez, Jesús Hernán Páez Sánchez. Se liquida la seguridad social y parafiscal de todos los funcionarios de la entidad correspondiente al mes de Julio. Se liquida nomina de FNA del total de nómina y prestaciones sociales. Se realiza el análisis y elaboración de seis (6) Bonos pensionales de las siguientes personas: Joaquín Fernando Reyes, Gloria Inés Díaz Carrillo, Carmelita Medina Bedoya, Edgar Antonio Sandoval. |                   |           |                                    |                                                  |                    |            |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                      | <div><div></div><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |           |                                    |                                                  |                    |            |  |  |
| AURA LIGIA YANDÚN BENAVIDES                                                                         | Firma del Supervisor del contrato: JORLEIDY DE JESUS BEAN MOSQUERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |           |                                    |                                                  |                    |            |  |  |
| C.C.36.860.686                                                                                      | Coordinador del Grupo de Gestión del Talento Humano ( E )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |           |                                    |                                                  |                    |            |  |  |





Bogotá, D.C., 28 de julio de 2017

Doctor  
**RAFAEL LEONARDO PAEZ FUENTES**  
Secretaria General  
Superintendencia del Subsidio Familiar  
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetado doctor:

En cumplimiento con lo dispuesto en el parágrafo 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.

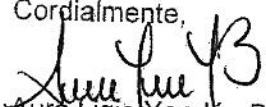
Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI ☒ X NO ☐ de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de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



Bogotá, 28 de julio de 2017

Señores

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

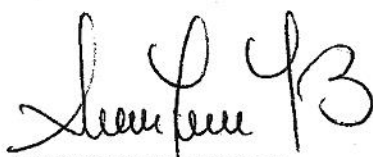
Ciudad

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)



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)

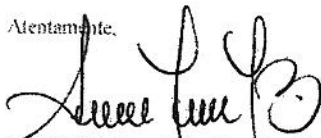
Para el ejercicio de mi actividad como profesional independiente o tecnólogo no requiero la utilización de maquinaria o equipo especializado ni de materiales o insumos especializados.

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. ☒

Soy Declarante de Renta ☐

Atentamente,



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



Simple.

## PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2017-07-27, 05:00:21 PM Tipo Planilla: I Número Planilla: 8549723860 Referencia pago(PIN): 8877888270  
Período Cotización: 201707 Período Servicio: 201707

Cliente:

### PAGADA 2017-07-21

#### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                             |                    |                         |                 |   |
|---------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------|---|
| Razón Social        | AURA LIGIA YANDUN BENAVIDES |                    |                         |                 |   |
| Documento           | CC 36860686                 | Dirección          | CARRERA 74 CALLE 163 40 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE               | Teléfono           | 3103851342              |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL                     | Forma Presentación | UNICO                   | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA                      | Departamento       | BOGOTA D.C.             |                 |   |
| Representante Legal | YANDU BENAVIDES AURA LIGIA  | Identificación     | CC 36860686             |                 |   |

#### II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |                     |                              |                   |                   |
|----------------|-------------|---------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 36860686 | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 03          |                     |                              |                   |                   |
|                | 00          | Residente           | 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:                    | \$ 166.400   |  |  |  |  |  |  |
| 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         |  |  |  |  |  |  |

Líneas de Servicio FonSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -  
¡Más que Fácil SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

El Poder  
de lo SIMPLE!

