

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°

1

FECHA

09-nov-2020

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.503.600-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS:

Nicolás Tenjo Rincón

CC o NIT

1.018.494.354

DV

8

LA SUMA DE:

\$

1.000.000,00

VALOR EN LETRAS

UN MILLON DE PESOS M/CTE.

CONTRATO N°

149

DE

2020

POR CONCEPTO DE:

Prestar los servicios de apoyo al grupo de talento humano. Mes Octubre.



Firma

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018494354	NICOLAS TENJO RINCON		Carrera 15 31 50 apto 408	8233409	ghnicolastenjo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-09	2020-09	I	06/10/2020	45819955	\$301.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	130.000	0		0		0	0	0	0	130.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	166.400	0	0	0	0	0	0		166.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.500				5.500	0	0	5.500			55	5.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	130.000	130.000
Pensión	1	166.400	166.400
Riesgos Laborales	1	5.500	5.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	301.900	301.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018494354	NICOLAS TENJO RINCON		Carrera 15 31 50 apto 408	8233409	ghnicolastenjo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2020-09	2020-09	I	06/10/2020	45819955	TOTAL A PAGAR \$301.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1018494354	TENJO RINCON NICOLAS	59	0			N																		25-14	1.040.000	166.400	0	0	0	0	EPS005	1.040.000	130.000	14-23	1.040.000	1	5.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Certificado Tributario e Información del Sistema General de Seguridad Social Integral- SGSSI

Señores: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO	Numero #	149	De	2020
Contratista (Nombre completo)	Nicolás Tenjo Rincón			
Identificación (NIT, CC, etc.)	1018494354	DV	8	
Dirección	Cra 15 #31-50 apto 408			
Ciudad Residencia	Bogotá D.C	Teléfono Celular	3182509242	
Correo Personal	ghnicolastenjo@gmail.com	Correo Institucional	ntenjor@ssf.gov.co	

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

	SI	NO
a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	☐	☒
b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (antes régimen común)	☐	☒
c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT)	Elija un elemento.	
d) Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. “La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.”	☐	☒
e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así:	Registre aquí. %	
f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE:	☐	☒

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SGSS

Tipo	SI	NO	Entidad SSGF
Aportes – Salud	☒	☐	8002514406_E.P.S Sanitas
Régimen especial en Salud	☐	☒	En caso de señalar “SI”, los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al FOSYGA
Aportes - Pensión	☒	☐	9003360047_Colpensiones Administradora Colombiana de Pensiones
Aportes – ARL	☒	☐	8600111536_Positiva Compañía de Seguros

APORTES VOLUNTARIOS

“IMPRIMIR POR LAS DOS CARAS DE LA HOJA”

Pág. 1 | 2

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo a la Superintendencia del Subsidio Familiar deducir de mis honorarios los siguientes conceptos:

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) \$
Aportes en Pensiones Voluntarias	☐	☒	#	Desplegar	\$ 0,00
Aportes en cuentas AFC / AVC	☐	☒	#	Desplegar	\$ 0,00

(Anexar Certificación vigente de la entidad financiera, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria))

BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Tipo	Si	No	Soportes
Intereses de Vivienda	☐	☒	Anexar - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior. Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, <u>solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje: Elija un elemento. %</u>
Medicina Prepagada	☐	☒	Anexar - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.
Dependientes	☐	☒	a) Para hijos menores de 18 años, anexar copia del registro civil. b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. c) Para Hijos mayores de 23 años y/o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud. d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.

Relación de Dependientes

Nombre y apellidos (completos)
ID (CC, TI, etc.)
Fecha de Nacimiento
Calidad del Dependiente

4. FIRMA

Para constancia firmo el día **lunes, 9 de Noviembre de 2020**



CC/NIT.:

Original: Grupo de Gestión Financiera– Contabilidad

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo

1. DATOS DEL CONTRATISTA

C.C. o NIT	1.018.494.354	DV	8	No. de Contrato	149	de	Año	2020	Fecha de Inicio (dd-mes-aaaa)	21-oct-2020	Fecha de Finalización	20-dic-2020
Nombre del Contratista Nicolás Tenjo Rincón												
Correo Electrónico ntenjor@ssf.gov.co												
Telefono de Contacto 3182509242												
Objeto del Contrato Contratar los servicios profesionales para apoyar la ejecución del programa de Bienestar y apoyar el diseño de las estrategias de la ruta del crecimiento y del servicio de acuerdo con la dimensión del talento humano del modelo integrado de planeación y gestión versión 2 , para la Superintendencia del Subsidio Familiar.												

Cuenta Bancaria

No. de Cuenta	7572047977	Tipo de Cuenta	AHORROS
---------------	------------	----------------	---------

2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato (1)	\$ 6.000.000,00	Valor Pagado (5)	\$ -	
Valor Modificaciones (2)		Valor Causado No Pagado (6)	\$ 1.000.000,00	% ejecución
		Valor Ejecutado (7=5+6)	\$ 1.000.000,00	16,7%
Valor Total del Contrato (3=1+2)	\$ 6.000.000,00	Valor Disponible por Pagar (8=3-7)	\$ 5.000.000,00	

Pagos efectuados

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor
1			

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor

\$ -

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR

Presupuestal

No. Compromiso	Objeto del Gasto	Valor	3. Uso Presupuestal
44220	C-3699-1300-8-0-3699060-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMAS DE GESTIÓN - FORTALECIMIENTO ESTRATÉGICO DEL TALENTO HUMANO PARA LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR. BOGOTÁ	1.000.000,00	A-02-02-02-008-003-09 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.
			Seleccione...
Total a Pagar		\$ 1.000.000,00	

Número Factura o Doc. Equivalente	Fecha de Expedición (dd-mes-aaaa)	Régimen IVA	Nro. Pago	Valor Antes de IVA (A)	Valor IVA (B)	Valor a Pagar (A+B)
1	09-nov-2020	No responsable IVA		\$ 1.000.000,00		\$ 1.000.000,00

N° Planilla de Pago

Periodo de aporte (Mes | Año)

Información Seguridad Social

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor del contrato o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y cumple con todos los requisitos legales necesarios 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 y las normas vigentes.

Para constancia Firmo con fecha 09-nov-2020

DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR

Nombre(s)	Adriana Helena Galvis Buitrago
Identificación CC o NIT	51.920.689
Cargo(s)	Profesional Especializado 2028-19
Dependencia	Grupo de Gestión del Talento Humano

Firma(s)



En caso de situaciones especiales, se tramita según lo definido en ítem o) del numeral 5. CONDICIONES DE LAS ACTIVIDADES del procedimiento "Causación de obligaciones para pagos a terceros".

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

CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 149 de 2020

OBJETO DEL CONTRATO:	Contratar la prestación de servicios para apoyar la gestion logistica en el grupo de Talento Humano para implementar la ruta de la felicidad en la vigencia 2020, para la Superintendencia de Subsidio Familiar. Familiar.			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	21/10/2020	FECHA DEL INFORME:	9/11/2020
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	2 meses		PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		2 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 6.000.000		ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 6.000.000
Periodo correspondiente del pago:	21/10/2020	31/10/2020	Pago No.: 1	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)			17%

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:

1. Supervisión - - El día 22 se realiza una supervisión telefónica con Adriana Galvis para organizar labores. (11:43 am – 12:13 pm)
- El día 23 se realiza una supervisión telefónica con Adriana Galvis para tratar temas de los talleres de clima y juegos virtuales. . (8:30 am – 9:10 am)
- El día 26 se realiza una supervisión telefónica con Adriana Galvis para tratar temas de los talleres de clima y juegos virtuales. (10:41 am – 11:02 am)
- El día 28 se realiza una supervisión telefónica con Adriana Galvis para tratar temas de los talleres de clima (11:50 am – 12:24pm)
- El día 30 se realiza una supervisión telefónica con Adriana Galvis para tratar temas de la matriz de participación de funcionarios y código de integridad (8:03 am – 8:49am)

2. Pausas activas: - - Se realiza el apoyo y soporte a las pausas activas las cuales son dirigidas por Alejandro Rosero (Colsubsidio).

3. Juegos virtuales de los servidores públicos- - Se reciben las inscripciones a los juegos virtuales del ministerio del deporte y se envía carta de intención de participación al ministerio. Del día 26 a 29 de Octubre.

4. Apoyo a las actividades de Colsubsidio. - (Zumba, Yoga y demás actividades de acondicionamiento físico). Se realiza el apoyo y soporte a las actividades a cargo de Colsubsidio a lo largo de todo el mes.

5.Talleres de clima: -- Se realiza el soporte a los talleres de grupo focal desde el 22 de Octubre hasta el 29 de Octubre.

6. Código de integridad -- Se realiza el soporte a la actividad del código de integridad el 30 de Octubre.

OBSERVACIONES:

(Nombre del contratista)		Firma del Supervisor del contrato	
C.C.	Nicolás Tenjo Rincón 1.018.494.354	Cargo y Dependencia donde labora	Profesional especializado 2028-19 Grupo de Gestión del Talento Humano