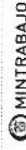




SuperSubsidio
 VENTA DE BIENES EN CASO DE COMPROMISO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO



TODOS POR UN NUEVO PAIS
 Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

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

No. del Contrato:	19	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 36,000,000	Fecha de trámite:	08/03/2016
Fecha suscripción contrato:	08/02/2016	Nombre del Contratista:	ALFONSO MONTEALEGRE LOPEZ	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	08/02/2016
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	61116	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de inicio:	08/02/2016	Fecha terminación	08/08/2016	C.C.	No. de identificación: 7143148
Objeto:	Prestar los servicios profesionales para a la superintendencia del subsidio familiar en la realización de un estudio que permita conocer la trazabilidad de los recursos que reciben las caja de compensación familiar, en el desarrollo de las labores misionales del proceso de inspeccion, vigilancia y control de la caja de compensacion familiar				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 6,000,000	7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	
		% EJECUCIÓN	17%
		TOTAL	\$ 6,000,000

Notas:
 * Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.

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

No. Del pago	2	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 6,000,000	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 24,000,000
		Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:

Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:

Valor Salud \$	320,100
Valor Pensión \$	414,800
Valor ARL \$	13,600
Total Pagos \$	752,500

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.

Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)

[Firma manuscrita]

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: RUBEN DARIO CORDOBA V

Documento Identidad: 6385999

Cargo: Dir gestion financiera y contable

Dependencia: Dir gestion financiera y contable

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 manuscrita]

[Firma manuscrita]
 13 ABR 2016

2:40



25

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° 019 de 2016	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales para apoyar a la Superintendencia del Subsidio Familiar en la realización de un estudio que permita conocer la trazabilidad de los recursos que reciben las Cajas de Compensación Familiar, en el desarrollo de las labores misionales del proceso de inspección, vigilancia control de las Cajas de Compensación Familiar.
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	36.000.000
Periodo correspondiente del pago:	08/03/2016
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. elaboración de informes analisis presupuestos de la siguientes cajas de compensación COMFASUCRE, COMFENALCO QUINDIO, COMFAMILIAR PUTUMAYO, CONFIAR ARAUCA, COMFACUNDI, COLSUBSIDIO, COMFANORTE, CHOCO, NARIÑO, HUILA Y COFREM. 2. Reunion para ajustes del plan de mejoramiento de CAFABA Y COMFAMILIAR CARTAGENA. 3. construccion del plan de Visita ordinaria CCF CALDAS.
OBSERVACIONES:	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALFONSO MONTEALEGRE LOPEZ
C.C. 7.143.148	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	6 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$36.000.000
Fecha de suscripción del contrato:	08-feb-16
Fecha del informe:	08-abr-16
Pago No.:	2
Hasta:	08/04/2016
Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	33%
Firma del Supervisor del contrato:	Ruben Dario Cordoba-Victoria
Dirección Financiera y contable - Delegada de Gestión	



Bogotá. D.C., 08 de Abril de 2016

Doctora
LUZ MARY CORONADO MARIN
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetada doctora:

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 estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI 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 , cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago a los veinte un (08) días del mes de Abril del año 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



ALFONSO MONTEALEGRE LOPEZ
C.C.No.7.143.148 de Santa Marta

78

Bogotá, 08 de abril de 2016

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, ALFONSO MONTEALEGRE LOPEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No.7.143.148, 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.019 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



ALFONSO MONTEALEGRE LOPEZ
C.C. No.7.143148 De Santa Marta

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MONTEALEGRE LOPEZ ALFONSO DE JESUS		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CALLE 15 N° 12-38 BRR GARZA		SANTA MARTA-MAGDALENA		4206695		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	191211934		I		2016/04/11		2016/04/05		BANCOLOMBIA		0		\$209,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte				
1	CC 714348	MONTEALEGRE ALFONSO	230201	30	\$720,000	\$115,200	EPS002	30	\$720,000	\$90,000		0	\$0	\$90,000	14-23	30	\$720,000	\$1,800		0	\$0		0	\$0		0	\$0		
Total	Afiliados(1)				\$720,000	\$115,200			\$720,000	\$90,000			\$0	\$90,000			\$720,000	\$3,800			\$0				\$3,800		\$0		

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230201	800,229,739	0	1	\$115,200	\$0	\$115,200	\$115,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-23	860,011,153	6	1	\$3,800	\$0	\$3,800	\$3,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS002	800,130,907	4	1	\$90,000	\$0	\$90,000	\$90,000	
TOTAL				1	\$209,000	\$0	\$209,000	\$209,000	

29

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación		Razon Social		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CALLE 15 N° 12-58 BRR GAIRA		4206695		No	
CC 7143148		MONTEALEGRE LOPEZ ALFONSO DE JESUS						SANTA MARTA-MAGDALENA					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Pensión		Salud		Planilla		Planilla		Pago		Banco		Valor	
2016-03		2016-03		N		2016/03/09		2016/03/17		BANCO BOGOTA		\$490,700	
8451839859		8451839859										8	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
EMPLEADO					RIESGOS									
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 7143148	MONTEALEGRE ALFONSO	230201	30	(\$720,000)	(\$720,000)	EP5002	30	(\$720,000)	(\$720,000)	14-23	30	(\$1,800)	\$0
2	CC 7143148	MONTEALEGRE ALFONSO	230201	30	\$2,400,000	\$384,000	EP5002	30	\$2,400,000	\$300,000	14-23	30	\$2,400,000	\$0
Total	Afiliados(2)				\$1,680,000	\$268,800			\$1,680,000	\$210,000			\$1,680,000	\$8,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230201	800,229,739	0	1	\$268,800	\$1,700	\$0	\$270,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-23	860,011,153	6	1	\$8,700	\$100	\$0	\$8,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EP5002	800,130,907	4	1	\$210,000	\$1,400	\$0	\$211,400	
TOTAL				1	\$487,500	\$3,200	\$0	\$490,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 7143148		MONTEALEGRE LOPEZ ALFONSO DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 N° 12-58 BRR GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4206695	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2016-03	84511-40866	84511-40866	1	1	2016/03/09	2016/03/02	0	\$209,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO					RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Valor
1	CC 7143148	MONTEALEGRE ALFONSO	230201	30	\$720,000	\$115,200	EP5002	30	\$720,000
Total	Afiliados(1)				\$720,000	\$115,200			\$720,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$115,200	\$0	\$0	\$115,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$3,800	\$0	\$0	\$3,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$90,000	\$0	\$0	\$90,000	
TOTAL				1	\$209,000	\$0	\$0	\$209,000	

