

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

No. del Contrato:	No -046	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 20.000.000	Fecha de trámite:	05/07/2017
Fecha suscripción contrato:	28 de Febrero del 2017	Nombre del Contratista:	JONATHAN ALVARADO NIÑO	Fecha de aprobación de la garantía Única -si aplica-	28-02-2017
Requiere Acta de Inicio	si	No. De Registro Presupuestal:	7517 del 09-02-2017	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:	Marzo 01 de 2017	Fecha terminación	Diciembre 25 de 2017	Tipo identificación	C.C. No. de identificación: 1014195193
Objeto:	Prestar apoyo en la gestión de la Superintendencia del Subsidio Familiar en el diseño gráfico de piezas comunicativas para videos, publicaciones digitales de la Entidad, presentaciones publicas (material visual) y privadas del Despacho de la Superintendente y apoyar en la edición de piezas de audio que se requieran desde la oficina de comunicaciones.				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 2.000.000	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	\$ 2.000.000	8		
3	\$ 2.000.000	9		
4		10		
5		11		
6		12		% EJECUCIÓN 30%
			TOTAL	\$ 6.000.000

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 12.000.000	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 2.000.000			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:	
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 \$ 100.000 Valor Pensión \$ 128.000 Valor ARL \$ 4.200 Total Pagos \$ 232.200
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

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: JOHN GAVIRIA MARIN

Documento Identidad: 79.154.696

Cargo: Profesional Especializado

Dependencia: Despacho

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 037 de Marzo 01 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar apoyo a la gestión de la SSF en el diseño gráfico de piezas comunicativas para impresos, videos y publicaciones digitales de la entidad, presentaciones públicas, y privadas del despacho de la superintendente y		FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	Junio del 2017	FECHA DEL INFORME:	04/06/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	10 meses	PRÓRROGAS:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		10 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	20.000.000	ADICIONES:	0	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 20.000.000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 1 de junio de 2017	Hasta:	1 de julio de 2017	Pago No.:	4	40%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Boletín bimensual Abril-mayo, Piezas gráficas encuentro barranquilla, piezas desintervención camacol, piezas diálogo de doble vía, piezas de derechos y deberes a los afiliados a la CCF, Banner canal tv.					
OBSERVACIONES:						
JONATHAN ALVARADO NIÑO				JOHN GAVIRIA MARIN		
C.C. 1014195193				Supervisor contrato 046		

1-2017-010288 06/07/2017 9:07:44
INFORME.txt
Folios: 6 Anexos:



Bogotá, JULIO 04 de 2017

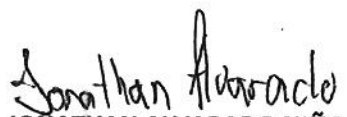
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados Señores:

Yo, **JONATHAN ALVARADO NIÑO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.014195193 de Bogotá, 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. CPS 046 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,


JONATHAN ALVARADO NIÑO
C.C. No.1.014195193

Bogotá. D.C., JULIO 04 de 2017

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 párrafo 4º del artículo 3º 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 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 CUATRO (4) días del mes de JULIO del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extrajuicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,


JONATHAN ALVARADO NIÑO
CC.1.014195193

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2017-07-04, 01:42:53 PM Tipo Planilla I Número Planilla 8846956130 Referencia pago(PIN) 8877375970
Periodo Cotización 201707 Periodo Servicio 201707

Cliente:

PAGADA 2017-07-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONATHAN ALVARADO NIÑO			Dirección	CR78 NO 64C19		
Documento	CC 1014195193			Teléfono	2519433		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTÁ D.C.		
Ciudad	BOGOTÁ			Identificación	CC 1014195193		
Representante Legal	ALVARADO NIÑO JONATHAN			Total Afiliados	1		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014195193		Extranjero	Residente	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	03	00						
					ALVARADO NIÑO JONATHAN	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

Días AFP	30	Días EPS	30	Días ARP	30	Días CCF	0
Salario	\$ 800.000						

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

Código AFP:		230301	
Código AFP Traslado:			
PORVENIR			
IBC AFP		\$ 800.000	
Total Cotización AFP:		\$ 128.000	
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:		EPS017	
Código EPS Traslado:			
FAMISANAR EPS			
IBC EPS		\$ 800.000	
Aporte EPS		\$ 100.000	
Tarifa UPC		\$ 0	
Tarifa Salud		12.5 %	
Responsable UPC			

POSITIVA DE SEGUROS			
IBC ARP		\$ 800.000	
Aporte		\$ 4.200	
Tarifa ARP		0.522 %	
Clase de Tarifa ARP		1	

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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: 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!

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2017-06-05, 04:45:04 PM Tipo Planilla I Número Planilla 884404400 Referencia pago(PIN) 8877375970
Periodo Cotización 201706 Periodo Servicio 201706

Cliente:

PAGADA 2017-06-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONATHAN ALVARADO NIÑO	Dirección	CR78 NO 64C19
Documento	CC 1014195193	Teléfono	2519433
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ	Identificación	OC 1014195193
Representante Legal	ALVARADO NIÑO JONATHAN		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014195193	Extranjero	Residente	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00		ALVARADO NIÑO JONATHAN	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

Días AFP	30	Días EPS	30	Días ARP	30	Días CCF	0
Salario	\$ 800.000						

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

Código AFP:		230301
Código AFP Traslado:		
PORVENIR	IBC AFP	\$ 800.000
Total Cotización AFP:		\$ 128.000
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:		EPS017
Código EPS Traslado:		
FAMISANAR EPS	IBC EPS	\$ 800.000
Aporte EPS		\$ 100.000
Tarifa Salud		\$ 0
Responsable UPC		12.5 %

POSITIVA DE SEGUROS		
IBC ARP		\$ 800.000
Aporte		\$ 4.200
Tarifa ARP		0.522 %
Clase de Tarifa ARP		1

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

