



SuperSubsidio

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Código FOC-000-001-001 Versión: 1

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

No. del Contrato:	077 de 2018	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 9.000.000	Fecha de trámite:	18/05/2018
Fecha suscripción contrato:	26 de enero de 2018	Nombre del Contratista:	LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	30/01/2018
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	11418 del 26 de enero de 2018	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	N/A	Fecha terminación	30 de junio de 2018	Tipo Identificación	NIT
Objeto:	Prestar los servicios de apoyo al Proceso de Gestión Documental				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 1.800.000	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	\$ 1.800.000	8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	40%
			TOTAL	\$ 3.600.000

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

No. Del pago	3	Factura No.	No. 003
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 1.800.000	Fecha de la Factura:	17/05/2018
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR		\$ 3.600.000	

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.		Valor Salud \$	97.700
Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.		Valor Pensión \$	125.000
		Valor ARL \$	4.100
		Total Pagos \$	226.800
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

Documento Identidad: 82.390.492

Cargo: Coordinador

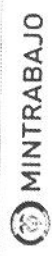
Dependencia: Grupo de Gestión Administrativa y Documental

Firma Supervisor Interventor
Nombre: Carlos Amigo Gonzalez Reyes

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

Adriano
18 MAY 2018
11:10





CONTRATO DE PRESTACION DE APOYO A LA GESTION														
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar los servicios de apoyo en las actividades para la divulgación de los procesos incluidos en el Grupo de Gestión Administrativa y Documental			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:		26 de Enero de 2018		FECHA DEL INFORME:		17 de Mayo de 2018			
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:		1 de febrero de 2018		PRORROGAS:				PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		30 de junio del 2018				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		\$ 9.000.000,00		ADICIONES:				VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 9.000.000,00				
Periodo correspondiente del pago:		Desde: 01/04/2018		Hasta: 30/04/2018		Pago No.:		3		Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % de valor total del contrato)		80%		
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:														
1. Clasificación documentos relacionados con actas de comité del año 2017.														
2. Archivo de documentos en sus respectivas carpetas.														
3. Foliar Documentos para archivar en su respectiva carpeta.														
4. Escaneo de Documentos.														
5. Transcripción de Audios de Actas de Comité Directivo año 2018.														
OBSERVACIONES														
Luis Jimenez														
Nombre completo del contratista: Luis Orlando Jimenez Cruz														
C.C. Número: 1070610292														
Visto Bueno: Diana Marcela Ospina Flores														
Carlos Alvaro Gonzalez Reyes														
Coordinador: Grupo Gestion Administrativa y Documental														

1-2018-008679 18/05/2018 10:51:45
INFORME DE ACTIVIDADES 1x1
Folios: 5 Anexos:



Bogotá, 17 de Mayo de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ, identificada con cédula de ciudadanía número 1070610292 expedida en Girardot, 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 (Adjunto Registro Civil)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD
	N/A	N/A	N/A

2. Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
	N/A	N/A	N/A

3. Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA
	N/A	N/A	N/A

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
	N/A	N/A	N/A

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
	N/A	N/A	N/A

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 provienen de 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:

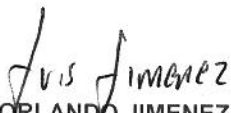
No soy Declarante de Renta. X

Soy Declarante de Renta

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$44.603.000), que no soy responsable del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2017 no excedió de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$143.366.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no superaron las mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

De acuerdo con lo establecido en el art.383 del E.T parágrafo 2. Manifiesto que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad generadora de renta.

Atentamente,


LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ
CC 1.070.610.292 De Girardot
CALLE 25 B # 85B - 41
3142525296

Bogotá, 17 De Mayo De 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No.**1.070.610.292**, 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.77 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ
C.C. 1.070.610.292 De Girardot- Cundinamarca



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2018-05-15, 10:21:25 AM

Tipo Planilla

Número Planilla 1012145972

Referencia pago(PIN) 8837719360

Periodo Cotización 201804

Periodo Servicio 201804

Cliente:

PAGADA 2018-05-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS ORLANDO JIMENEZ CRUZ			Dirección	MZ B CS 10 BIESMERALDA III		
Documento	CC 1070610292			Teléfono	3142525296		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	CUNDINAMARCA		
Ciudad	GIRARDOT			Identificación	CC 1070610292		
Representante Legal	JIMENEZ CRUZ LUIS ORLANDO			Total Afiliados	1		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1070610292		Residente	Exonerado N		Apellidos y Nombres	JIMENEZ CRUZ LUIS ORLANDO		Código Ciudad - Departamento	25307000 - 25		Centro de Trabajo	CUNDINAMARCA		Ubicación Laboral	CUNDINAMARCA	
Tipo Cotizante	59		00														

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

Novedades										Pensión					Salud					Riesgos					Caja			Parafiscales																											
S. Inicial										Salario		Código AFP		Tarifa AFP		IBCF		Total Aporte AFP		Total Aporte FSP		Código EPS		Tarifa EPS		IBCF EPS		Aporte Salud		Aporte UPC		Código ARL		Tarifa ARL		IBCF ARL		Aporte Riesgos		Código CCF		Tarifa CCF		IBCF CCF		Aporte Caja		Tarifa SENA		Aporte SENA		Tarifa ICBF		Aporte ICBF	
ING	RET	TAE	TAF	TAF	TAF	TAF	TAF	TAF	TAF	230301	18 %	\$ 781.242	\$ 25.000	\$ 0	\$ 0	EP0317	12,5 %	\$ 781.242	\$ 0	14-23	0,522 %	\$ 781.242	\$ 4.100	NH-CC	5 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0										

IV. TOTALES

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 125.000	\$ 0	\$ 97.700	\$ 4.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 226.800

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

