SuperSubsidio

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECON-004 **Versión:** 1

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

No. del Contrato:	79	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 18.000.000	Fecha de trámite:	Marzo 21 de 2018		
Fecha suscripción contrato:	26 de Enero de 2018	Nombre del Contratista:	KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ	Fecha de aprobación de la garantia única -si aplica-			26 de enero de 2018
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	12418	Fuente de los Recursos	Inversión		
Fecha de Inicio:	01 de febrero de 2018	Fecha terminación	31 de julio de 2018	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación:	52.838.705
Objeto:	Contratar la prestación de servicios profesionales para la producción de información y mensajes institucionales con el objetivo de lograr el mayor impacto posible en la ciudadania, afiliados y beneficiarios de los servicios sociales de las cajas de compensación familiar a través de los medios de comunicación.						

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 3.000.000		
2			
3			
4			
5			
6			

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.

% EJECUCIÓN **17%**

TOTAL **$ 3.000.000**

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

No. Del pago	2	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 12.000.000**	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 3.000.000			Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:		X
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almácen 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. Planilla No.7685239317	Valor Salud	$ 150.000
Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporcion y porfentajes establecidos por la Norma.	Valor Pensión	$ 192.000
	Valor ARL	$ 6.300
	Total Pagos	**$ 348.300**
Persona Juridica: 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 Supervisor o Interventor

Nombre: John Gaviria Marin

Documento Identidad:

Profesional Especializado Despacho - Comunicaciones

Dependencia: Comunicaciones

Contratistas

SuperSubsidio

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 079 DEL 26 DE ENERO DE 2018

OBJETO DEL CONTRATO:	**Contratar la prestación de servicios profesionales para la producción de información y mensajes institucionales con el objetivo de lograr el mayor impacto posible en la ciudadanía, afiliados y beneficiarios de los servicios sociales de las cajas de compensación familiar a través de los medios de comunicación.**		**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**	**26 DE ENERO DE 2018**	**FECHA DEL INFORME:**	**31 de marzo de 2018**
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	**6 MESES**	**PRÓRROGAS:**	**N/A**	**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**		**6 MESES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 18.000.000**	**ADICIONES:**	**N/A**	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**		**$ 18.000.000**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde: 01 de marzo de 2018**	**Hasta: 31 de marzo de 2018**	**Pago No.: 2**	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**		**34%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS	PARTICIPACIÓN EN REUNIONES COVOCADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
	APOYO EN TRANSCRIPCIÓN VÍDEO DE 49 MINUTOS AUDIENCIA COMFACOR					
	APOYO EN CONVOCATORIA DE MEDIOS AUDIENCIA PÚBLICA CARTAGENA 15 MARZO DE 2018					
	APOYO EN DIFUSIÓN DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA PÚBLICA A TRAVÉS DE CANALES COMO WHATSAPP Y MAIL					
	APOYO Y MONITOREO PARA PUBLICACIONES EN MEDIOS REGIÓN CARIBE DONDE SE HAN HECHO AUDIENCIAS					
	COORDINACIÓN CON CCF PARA CONSECUCIÓN DE NOTICIAS E IMÁGENES PARA PROGRAMA RTVC					
	ENVÍO DE CORRECCIONES ORTOGRÁFICAS PÁGINA WEB SUPERSUBSIDIO					
OBSERVACIONES:	Ninguna					
Contratista			Firma del Supervisor del Contrato			
KAROL JENNIFER CALCETO FERNÁNDEZ			**JOHN GAVIRIA MARIN**			
CC. 52838706			Profesional Especializado Despacho - Comunicaciones			

1-2018-005206 27/03/2018 13:42:30
INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO No. 79 D...
Folios: 8 Anexos:

27/03/2018
1:52 pm

Bogotá, marzo 21 de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, ___KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ__, identificada con cédula de ciudadanía número _52838705__ expedida en __Bogotá_, 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
TI	1007401105	IBAÑEZ CALCETO JULIAN FERNANDO	17 AÑOS
TI	1022325907	IBAÑEZ CALCETO MARIA CAMILA	13 AÑOS

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) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

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

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, articulo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. ___ **Soy Declarante de Renta** __X_

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,

KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ
CC 52838705
CALLE 3 A N 71 A 22 APTO 202
311 5112157

Bogotá, marzo 21 de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No.52838705, 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.079 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ
C.C. No.52838705

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1022325907

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36338600

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido: IBAÑEZ**********

Segundo Apellido: CALCETO**********

Nombre(s): MARIA CAMILA**********

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes JUL Día 28

Sexo (en letras): FEMENINO********

Grupo Sanguíneo: O******

Factor RH: +*******

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO**********

Número certificado de nacido vivo: A5952189*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CALCETO FERNANDEZ KAROL JENNIFER**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0052838[illegible]**********

Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: IBAÑEZ SUAREZ FERNANDO**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 00793507[illegible]**********

Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IBAÑEZ SUAREZ FERNANDO**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 00793507[illegible]**********

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Firma: **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Firma: **********

Fecha de inscripción: Año 2004 Mes AGO Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ANGELA INES ACEVEDO ACEVEDO******

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL SUSCRITO REGISTRADOR AUXILIAR DE PUENTE ARANDA HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTE DESPACHO (ART. 115, DECRETO 1260 DE 1970). VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

10074011055

NUIP A7A0250589 000311

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29831540

Codigo 1 0 2 1

COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC PUENTE ARANDA

IBAÑEZ CALETO

JULIAN FERNANDO

2 0 0 0 MAR 1 MASCULINO O

COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC

CERTIF. NACIDO VIVO A241892121

CALETO FERNANDEZ KAROL JULIETH

C.C. 52.838.705 DE SANTAFE DE BOGOTA D. COLOMBIANA

IBAÑEZ SUAREZ FERNANDO

C.C. 79.350.723 DE SANTAFE DE BOGOTA D.

IBAÑEZ SUAREZ FERNANDO

C.C. 79.350.723 DE SANTAFE DE BOGOTA D.

2 0 0 0 MAR 1

LIBRO DE VARIOS TOMO 5 FOLIO No. 135. ESPACIO PARA NOTAS

A LA OFICINA DE REGISTRO

EL SUSCRITO REGISTRADOR AUXILIAR DE PUENTE ARANDA HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTE DESPACHO (ART. 115, DECRETO 1260 DE 1970) VALIDO PARA ACREDITAR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52838705
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAROL JENNIFER CALCETO FERNANDEZ CALCETO FERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 3A N 71 A 22 APT 202	TELÉFONO:	7964056
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de agencias de noticias.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - SSS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7685239317**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	19						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	323410638				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 0	$ 192.000	$ 2.900	$ 194.900
SUBTOTALES:										**$ 192.000**	**$ 2.900**	**$ 194.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 150.000	$ 2.300	$ 0	$ 152.300
SUBTOTALES:													**$ 150.000**	**$ 2.300**	**$ 0**	**$ 152.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.300	$ 6.300	$ 100	$ 0	$ 6.400
SUBTOTALES:									**$ 6.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 7.200	$ 200	$ 7.400
SUBTOTALES:			**$ 7.200**	**$ 200**	**$ 7.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | |