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:	025 DE 2016	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 14.000.000	Fecha de trámite:	12 DE ABRIL DE 2016	
Fecha suscripción contrato:	29 DE FEBRERO DE 2016	Nombre del Contratista:	CASSANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-		N/A
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	8816	Fuente de los Recursos	Inversión	
Fecha Acta de Inicio:	04 DE MARZO DE 2016	Fecha terminación	31 DE DICIEMBRE DE 2016	Tipo Identificación	NIT	No. de Identificación: 22.623.887
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA SUPERINTEDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA EL MANEJO Y USO ADECUADO DEL BUZON VIRTUAL INSTALDO EN LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - COMFENALCO MEDELLIN.					

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	

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

% EJECUCIÓN 0%

TOTAL $ -

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

No. Del pago	1	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	$ 12.600.000	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 1.400.000			Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:		X	Firma Supervisor
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. **Nota:** Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporcion y porfentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud	$ 86.100	Nombre: DIANA KARIME VELEZ GONZALEZ Documento Identidad: 52.991.429
	Valor Pensión	$ 110.513	
	Valor ARL	$ 3.600	
	Total Pagos	$ 200.213	Firma Supervisor
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		NA	Nombre: CLARA INÉS MARTINEZ BORNACELLY Documento Identidad: 51.646.461

VoBo

Adriana
12 ABR 2016
4:45

65

61

Referencia
Bancaria

Lunes, 4 de Abril de 2016

Señor(a)
CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDAÑO

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CASANDRA MARIA PIEDRAHITA AVENDA#O identificado(a) con CC 22623887, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	43441001038	2015/04/17	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bogotá. D.C., 11 de abril 2016

Doctora
LUZ MARY CORONADO
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetado doctor:

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

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI x 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 x 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 x, cuatro mil setenta y tres (1.400) UVT $39'590.600,oo.

Esta declaración la hago a los once (11) 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,

Casandra Piedrahita

CASANDRA PIEDRAHITA
C.C.No. 22.623.887 Sabanagrande

Bogotá, 11 de abril 2016

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, CASANDRA PIEDRAHITA AVENDAÑO, identificado con la cédula de ciudadanía No.22.623.887, 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.025 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

Casandra Piedrahita

CASANDRA PIEDRAHITA
C.C. No.22.623.887 SABANAGRANDE

SuperSubsidio

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

INFORME DE ACTIVIDADES

MINTRABAJO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 053 de 2015		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios de apoyo a la Superintendencia del Subsidio Familiar para el manejo y uso adecuado de los kioscos interactivos instalados en las Cajas de Compensación Familiar.		
Periodo: *(Aquí deberá indicarse el periodo sobre el cual presenta el correspondiente informe)*	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: %	
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: Reporte de actividades ejecutadas en el periodo (cuando aplique).	(En este ítem debera incluirse actividades realizadas (frente a las actividadespactadas en el contrato) Asesorar a los usuarios en el manejo del Kiosco interactivo Comfamiliar, presento radicados: 1-2015-005371-11/03/16 1-2016-005382-11/03/16, 1-2016-005531-14/03/16 1-2016-005646-15/03/16, 1-2016006169-22/03/16	
Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente.		

Casandra Piedrahita
(Nombre del contratista)
(Número de identificación)
(Fecha de presentación de informe - dd/mm/aa)

(V.B. Supervisor del contrato)

Pago Correspondiente del:
04 al 30 de marzo 2016

Marzo 2016

SOLO PARA USO EN OFICINA

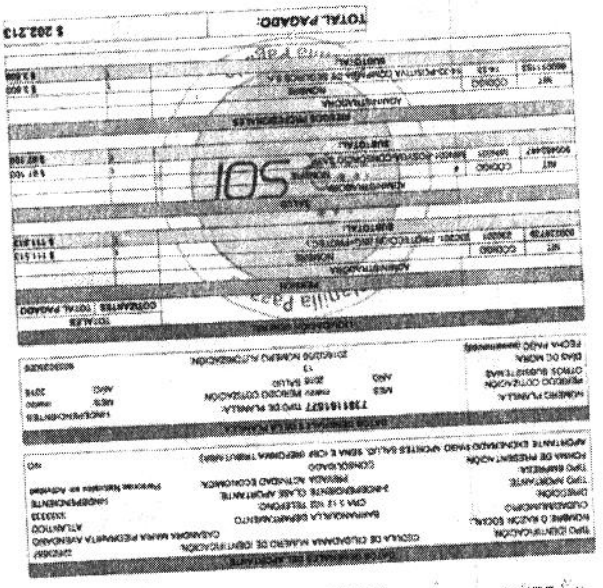
Consignación ☐ Retiro ☐ Pago Factura ☐ | No. Cuenta/C.C. 1577

Solo aplica para transacciones de entrega de efectivo al Cliente.
Acepto solicitar servicio de escolta de la Policía: SI ☐ NO ☐

Firma: Alexandra Pachecho Valor $ 202.213
C.C. 22623887

Las transacciones realizadas después del horario normal de Oficina serán procesadas al siguiente día hábil.

Antes de retirarse de la Caja verifique que la información impresa en este formato sea correcta
Cliente: Copia física
Banco: Formato electrónico original

Para mayor información sobre nuestros productos y servicios ingrese a:
www.bancocomeva.com.co

SF-FT-511/V4(Reverso)