

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

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

No. del Contrato:	8	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 30.000.000	Fecha de trámite:	01/05/2018
Fecha suscripción contrato:	22/01/2018	Nombre del Contratista:	MARIO ANNICHIARIO DAZA	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	22/01/2018
Requiere Acta de Inicio	NO	No. De Registro Presupuestal:	3418	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	01/02/2018	Fecha terminación	30706/2018	C.C.	No. de identificación: 84036677
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 compensacion 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	Notas:
1	\$ 6.000.000	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	\$ 6.000.000	8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	40%
			TOTAL	\$ 12.000.000

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

No. Del pago	3	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 6.000.000	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 12.000.000
		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 \$ 300.000 Valor Pensión \$ 384.000 Valor ARL \$ 12.600 Total Pagos \$ 696.600
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

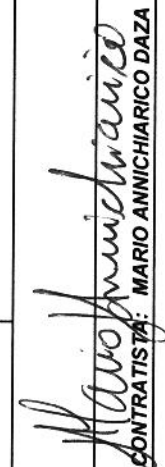
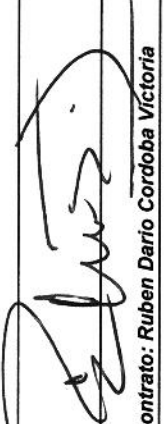


Firma Supervisor o Interventor
Nombre: RUBEN DARIO CORDOBA V
Documento Identidad: 6385999
Cargo: Dir gestion financiera y contable
Dependencia: Dir gestion financiera y contable

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

Adriano
 - 3 MAY 2018
 9:20



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 008 de 2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	FECHA DEL INFORME:	
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.	22-ene-18	01-may-18	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	PRÓRROGAS:	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	
5 meses		5 MESES	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	ADICIONES:	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	
\$ 30.000.000		\$ 30.000.000	
Periodo correspondiente del pago:	DESDE: 01/04/2018	Pago No.: 3	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: 60%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1.Realizar análisis de las respuestas enviadas por las cajas sobre el informe financiero trimestral del cuarto trimestre 2017 y de los informes financieros anuales del presupuesto 2018 de las Cajas de Compensación : Colsubsidio, Comfenalco Tolima, Comfamiliar Cartagena- Bolívar, Comfandi, Comfamiliar, Comfamiliar Risaralda, Comfaguajira y Comfilar Arauca..2. Realizar visita ordinaria del 16 al 20 de Abril a la caja de Compensación Cofrem en la ciudad de Villavicencio. 3.Realizar informe de la visita antes mencionada.		
OBSERVACIONES:			
 NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIO ANNIHIARICO DAZA		 Firma del Supervisor del contrato: Ruben Dario Cordoba Victoria	
Dirección Financiera y contable - Delegada de Gestión			
C.C. 84.036.677			

1- 2018 - 007160 27/04/2018 13:16:56
INFORME DE LABORES CONTRATO 8 DE 2018, pd...
Folios: 7 Anexos.





Bienvenido(a), MARIO JOSE ANIBICHARICO DAZA
Miércoles 18 de Abril de 2018, 02:54 PM
Código único CUS: 330697325

Pago PSE

Resumen de la transacción

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave:
8478079595

Número de Aprobación
00697325

Fecha
18/04/2018

Dirección IP
190.130.65.84

Valor transacción
\$696.600.00

Referencia 1
192.168.12.90

Referencia 2
CC

Referencia 3
84036677

Esta transacción estará sujeta a verificación

PAGO SALUD MES DE ABRIL



ANIBICHARICO DAZA MARIO JOSE
C.C. 8478079595
TIPO ENTREGA: INDEPENDIENTE
PERIODO: NOMINA TEGOREKIA
ULTIMO ACCESO: 18/04/2018 02:54 PM

PAGO ELECTRONICO
Pago de la Planilla de aportes con clave: 8478079595

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

✓ Dirección IP:	192.168.12.90
Estado de la transacción:	APROBADA
Valor:	\$696.600
Clave Planilla:	8478079595
Nº Transacción (CUS):	330697325
Fecha:	2018/04/18
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 8478079595
Aportes en Línea:	9999021470381

Inquirir
Aceptar



Bogotá, 1 DE MAYO DE 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, MARIO JOSE ANNICHIARICO DAZA, identificado con cédula de ciudadanía número 84036677 expedida en San Juan del Cesar (Guajira), 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 entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
CC	1,067.952.903	ANNICHIARICO NEGRETE ESTEFANIA	UNIVERSIDAD DEL SINU

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.

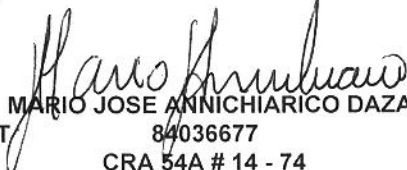
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. 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,


NOMBRE MARIO JOSE ANNICHIARICO DAZA
CEDULA O NIT 84036677
DIRECCION CRA 54A # 14 - 74
TELEFONO 3015999570

Bogotá, 1 de MAYO de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, MARIO ANNICHIARICO DAZA, identificado con la cédula de ciudadanía No.84.036.677, 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. 008 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,


MARIO ANNICHIARICO DAZA
C.C. No.84.036.677

Bogotá. D.C., 1 de MAYO de 2018

SEÑORES
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) 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 un (1) días del mes de mayo del año 2018, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



MARIO ANNICHARIKO DAZA
C.C.No.84.036.677 de San Juan del Cesar.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 84036677		ANNICHARICO DAIZA MARIO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 8 N° 10 - 68	VALLEDUPAR- CESAR	57-49894	No		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor				
2018-04	336697325	9478079595	I	2018/04/18	2018/04/18	BANCO DAVIVIENDA	0	\$696,600			

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	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Susursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$7,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0
1	CC 84036677	ANNICHARICO MARIO	231001	30	\$2,400,000	\$384,000	EP5002	30	\$2,400,000	\$300,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0

PAGADO

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 84036677		ANNICHARICO DAZA MARIO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 8 N° 10 - 68	VALLEDUPAR-CEGAR	5749894	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor					
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora				Valor
2018-04	330697325	1	2018/04/18	2018/04/18	BANCO DAVIVIENDA	0				\$696,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,600	\$0	\$0	\$12,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,600	\$0	\$0	\$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
TOTAL				1	\$696,600	\$0	\$0	\$696,600

PAGADO

