



SuperSubsidio

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO



MINISTERIO DE SALUD  
TODOS POR UN NUEVO PAÍS  
Código: FC-CAD-ECHN-004 Versión: 1

<b>1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA</b>	
No. del Contrato: 33	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica: \$ 13,000,000
Fecha suscripción contrato: 25 de enero de 2018	Nombre del Contratista: DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA
Requiere Acta de inicio: NO	No. De Registro Presupuestal: 6418
Fecha Acta de inicio: 01 de febrero de 2018	Fecha terminación: 01 de julio de 2018
Objeto:	Contratar la prestación de servicios de un (1) profesional para apoyar la ejecución del tramite de notificaciones de los actos administrativos que debe efectuar la entidad.
Fecha de trámite:	30 DE ABRIL DE 2018
Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	Funcionamiento
Fuente de los Recursos	C.C. No. de identificación: 1,018,424,501
Tipo identificación	

<b>2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIJ NACIÓN</b>			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 2.600.000	7	
2	\$ 2.600.000	8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	
		<b>% EJECUCIÓN</b>	<b>34%</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 5.200.000</b>

<b>3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN</b>	
No. Del pago: 3	Factura No.
Valor a pagar incluido IVA: \$ 2.600.000	Saldo pendiente X certificar: \$ 5.200.000
	Fecha de la Factura:

<b>4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO</b>	
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.	Valor Salud \$ 130.000
	Valor Pensión \$ 166.400
Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor ARL \$ 5.500
	<b>Total Pagos \$ 301.900</b>
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	


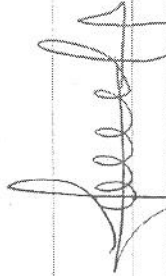
Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

  
 Firma Supervisor o interventor  
 Nombre: LIBIA CONSTANZA SILVA NIÑO  
 Documento Identidad: 1112468239  
 Cargo: COORDINADORA  
 Dependencia: Gestión de notificaciones y certificar

*Acordado*  
 - 2 MAY 2018  
 2:40





INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 33 DEL 26 DE ENERO DE 2018</b>			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN (1) PROFESIONAL PARA APOYAR LA EJECUCION DEL TRAMITE DE NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	25 DE ENERO DE 2018
<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:</b>	5 MESES	PRORROGAS:	N/A
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$13,000,000	ADICIONES:	N/A
<b>Periodo correspondiente del pago:</b>	Desde: 01 DE ABRIL DE 2018	Hasta: 30 DE ABRIL DE 2018	Pago No.: 3
<b>ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:</b>	Revisar, Numerar, Fechar, Comunicar y notificar todos los actos administrativos proferidos por las distintas dependencias de la entidad. Acelerar el tramite de la publicacion de los actos administrativos de caracter general, con tanto lo establece la ley. Custodiar el manejo del expediente una vez quede a disposicion del grupo de notificar. Elaborar y enviar citaciones, avisos, notificaciones en medios electronicos y el envio de documentos al usuario por la empresa de mensajeria especializada. Archivar las planillas de entrega de los documentos en las dependencias y el envio de documentos al usuario por la empresa de mensajeria especializada. Atender derechos de peticion o consultas que tengan que ver con los actos con las funciones del grupo		
<b>OBSERVACIONES:</b>	NINGUNA		
<b>Contratista:</b>		<b>Flirma del supervisor del contrato:</b>	
<b>DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA</b>		<b>LIBIA CONSTANZA SILVA NIÑO</b>	
<b>C.C. 1.018.424.501 DE BOGOTÁ D.C.</b>	<b>COORDINADORA GRUPO DE GESTION DE NOTIFICACIONES Y CERTIFICACIONES ( E )</b>		

1 - 2018 - 007274 30/04/2018 11:50:57  
 INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO 33 IM

Folios: 5 Anexos:





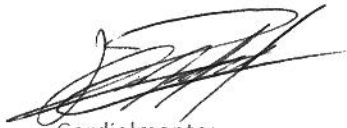
Bogotá, 25 de abril de 2018

Señores  
**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA , identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.424.501 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. 033 de 2018 materia del pago sujeto a retención.



Cordialmente:  
DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA  
C.C. No. 1.018.424.501 de Bogotá

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:



**Bogotá, 25 de abril de 2018**

Señores  
**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**  
Ciudad

**Asunto: Declaración Juramentada**

Respetado señores:

Yo, DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA , identificado con cédula de ciudadanía número 1.018.424.501 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

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
MADRE	20.698.531 LA PALMA	VALENCIA VIRGUEZ LUZ MARY	NOTARIA 13

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:



Bogotá, 25 de abril de 2018

Señores  
**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA , identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.424.501 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. 033 de 2018 materia del pago sujeto a retención.



Cordialmente:  
DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA  
C.C. No. 1.018.424.501 de Bogotá



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: DIEGO ALEJANDRO TELLEZ VALENCIA  
CEDULA: 1.018.424.501 de Bogotá  
DIRECCION: Carrera 114B # 75C - 52 apto 102  
TELEFONO: 316 691 45 81





