

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

No. del Contrato:	015 DE 2016	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 24.000.000	Fecha de trámite:	29 de febrero de 2016
Fecha suscripción contrato:	Febrero 2 de 2016	Nombre del Contratista:	YULIANA ANDREA MEJIA TORO	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	5516 DE 1 DE MARZO	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	Febrero 2 de 2016	Fecha terminación	Agosto 2 d 2016	Tipo Identificación	C.C. No. de Identificación: 1.152.187.317
APOYAR A LA DIRECCION PARA LA GESTION FINANCIERO CONTABLE EN LOS PROCESOS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS A SPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR					

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIJF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		12	
		% EJECUCIÓN	0%
		TOTAL	\$ -

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.

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

No. Del pago	1	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 20.000.000
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 4.000.000	Factura No.	
		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:

Valor Salud	\$ 203.500
Valor Pensión	\$ 260.500
Valor ARL	\$ 8.500
Total Pagos	\$ 472.500

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.

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 VICTORIA

Documento Identidad: 6.385.999

Cargo: DIRECTOR DE 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

Adreida
- 9 MAR 2016
10:40

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 015 de 2016

APOYO A LA DIRECCION PARA LA GESTION FINANCIERO CONTABLE EN LOS PROCESOS DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR.

OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO A LA DIRECCION PARA LA GESTION FINANCIERO CONTABLE EN LOS PROCESOS DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR.		FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:		FECHA DEL INFORME:	29 de febrero de 2016
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	FEBRERO 2 DE 2016	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		2 de agosto de 2016
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 24.000.000,00	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$	24.000.000,00
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 2 DE FEBRERO DE 2016	Hasta: 2 DE MARZO DE 2016	Pago No.: 1	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:		16.66%

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: REALIZACIÓN DE INFORMES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES A DICIEMBRE DE 2015 DE LAS SIGUIENTES CAJAS: CAFAMAZ, CAJAMAG, COMFAMILIAR ATLANTICO, COMFAMILIAR CALDAS Y COMFAMILIAR GUAJIRA. PLANEACION DE LA VISITA ORDINARIA A CAJASAN DE 29 DE FEBRERO AL 4 DE MARZO DE 2016.

OBSERVACIONES:

Policia Peñat
 (Nombre del contratista)

C.C. 1.152.187.317
 (Firma del Supervisor del contrato)

Cargo y Dependencia donde labora



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: VILLAGRAF BLOO 1-104 TELÉFONO: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE DEDUCER PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: FECHA PAGO (basado en mes): INDEPENDIENTES: MES: MES: AÑO: AÑO: 999/998/01	
152187317 YULIANA ANDREA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL 55555555 INDEPENDIENTE OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES NO		7276208468 2016 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2016/02/25 NÚMERO AUTORIZACIÓN: febrero febrero 2016	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	CÓDIGO	EPS018 COOMEVA S.A.	CÓDIGO	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE
NÚM. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 256.000 EMPLEADOR: \$ 0 COTIZANTE: \$ 0 SALDARIDAD: \$ 0 FSP: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 4.500 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 256.000 MORA: \$ 4.500 VALOR PAGADO: \$ 260.500		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 280.000 COTIZACIÓN: \$ 0 UPC: \$ 3.250 APORTES: \$ 280.000 MORA: \$ 3.250 VALOR PAGADO: \$ 283.250		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 0 PAGO A OTROS RIESGOS: \$ 0 INCAPACIDAD RP: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 APORTES: \$ 0 MORA: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	CÓDIGO	EPS018 COOMEVA S.A.	CÓDIGO	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE
NÚM. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 256.000 EMPLEADOR: \$ 0 COTIZANTE: \$ 0 SALDARIDAD: \$ 0 FSP: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 4.500 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 256.000 MORA: \$ 4.500 VALOR PAGADO: \$ 260.500		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 280.000 COTIZACIÓN: \$ 0 UPC: \$ 3.250 APORTES: \$ 280.000 MORA: \$ 3.250 VALOR PAGADO: \$ 283.250		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 0 PAGO A OTROS RIESGOS: \$ 0 INCAPACIDAD RP: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 APORTES: \$ 0 MORA: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	CÓDIGO	EPS018 COOMEVA S.A.	CÓDIGO	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE
NÚM. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 256.000 EMPLEADOR: \$ 0 COTIZANTE: \$ 0 SALDARIDAD: \$ 0 FSP: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 4.500 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 256.000 MORA: \$ 4.500 VALOR PAGADO: \$ 260.500		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 280.000 COTIZACIÓN: \$ 0 UPC: \$ 3.250 APORTES: \$ 280.000 MORA: \$ 3.250 VALOR PAGADO: \$ 283.250		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 0 PAGO A OTROS RIESGOS: \$ 0 INCAPACIDAD RP: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 APORTES: \$ 0 MORA: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	CÓDIGO	EPS018 COOMEVA S.A.	CÓDIGO	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE
NÚM. COTIZANTES: 1 COTIZACIÓN: \$ 256.000 EMPLEADOR: \$ 0 COTIZANTE: \$ 0 SALDARIDAD: \$ 0 FSP: \$ 0 SUBSISTENCIA: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 4.500 FSP: \$ 0 APORTES: \$ 256.000 MORA: \$ 4.500 VALOR PAGADO: \$ 260.500		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 280.000 COTIZACIÓN: \$ 0 UPC: \$ 3.250 APORTES: \$ 280.000 MORA: \$ 3.250 VALOR PAGADO: \$ 283.250		NÚM. COTIZANTES: 1 INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: \$ 0 VALOR AUTORIZACIÓN: \$ 0 PLANILLA: \$ 0 VALOR: \$ 0 SALDO A FAVOR: \$ 0 PAGO A OTROS RIESGOS: \$ 0 INCAPACIDAD RP: \$ 0 LIQUIDACIÓN: \$ 0 COTIZACIÓN: \$ 0 APORTES: \$ 0 MORA: \$ 0 VALOR PAGADO: \$ 0	

TOTAL \$ 472.500

Planilla para...

55

Bogotá, 29 de febrero de 2016

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **YULIANA ANDREA MEJIA TORO**, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.152.187.317 de la ciudad de Medellín, 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.015 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



YULIANA ANDREA MEJIA TORO
C.C. No. 1.152.187.317 de Medellín

Bogotá D.C, 29 de Febrero de 2016

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, YULIANA ANDREA MEJIA TORO identificada con cédula de ciudadanía número 1.152.187.317 expedida en Medellín, 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

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)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

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 corresponden a 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

Mis ingresos en desarrollo de mi actividad profesional o tecnológica del año anterior no son ___ superiores a 4.073 UVT'S.

Atentamente,


YULIANA ANDREA MEJIA TORO

C.C. No. 1.152.187.317 de Medellín
DIRECCION: CARRERA 55 No 152 – 40 Bogotá
TELEFONO: 301 655 01 06

Bogotá. D.C., 29 de Febrero de 2016

Doctora
LUZ MARY CORONADO
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta

Respetada doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el párrafo 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 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 VENTINUEVE (29) días del mes de Noviembre del año 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



YULIANA ANDREA MEJIA TORO
C.C. No. 1.152.187.317 de Medellín

