

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

CONTRATO DE LAURA SACRISTÁN  
HENRÍQUEZ Nº 025 de 2021

OBJETO DEL CONTRATO:	OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	17/02/2021	FECHA DEL INFORME:	05/04/2021
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	10 MESES	PRÓRROGAS:	N/A	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	10 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$19.310.000	ADICIONES:	N/A	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$19.310.000
Periodo correspondiente del pago:	DESDE 01 DE MARZO A 31 MARZO DE 2021	Hasta: DICIEMBRE	Pago No.:	2	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	<p>En el mes de marzo se continuo realizando la actividad del SIGEP en relación a la verificación de documentos diligenciados por parte de los contratistas para dar continuidad a su proceso de contratación, realizando la labor de revisión de certificaciones hábiles con fechas de inicio y finalización de labores, fecha de emisión del certificado posterior a la ejecución del contrato y funciones específicas que ha desempeñado en el cargo, adicional a ello se realiza un estudio del tiempo de experiencia que ha tenido el contratista a lo largo de su vida laboral, en donde se cuentan los meses de experiencia en relación a los honorarios del aspirante, se verifican diplomas y actas de grado de educación básica y superior, se verifican documentos como cc, rut, tp, antecedentes profesionales, disciplinarios y demás, todo esto en pro a un buen manejo de la documentación, así como a velar por el buen desarrollo del diligenciamiento a la plataforma sigep para que su hoja de vida tenga los datos pertinentes que los abogados validan para realizar los contratos de la manera más clara y completa. Además se procura realizar cada actividad de manera moral, veraz, oportuna y transparente. Asimismo se realizan solicitudes de certificados de objetos de contratos para la verificación y clasificación de los mismo con cada contrato y así los documentos queden completos y coherentes. Con el grupo del cual hago parte (Grupo de Gestión Contractual) he asistido a las reuniones postuladas por el Dr. Neira y por el Ingeniero Pedro Sanchez en relación a las novedades concernientes para el ejercicio de contratación y cumplimiento de metas de la SSE</p>				

OBSERVACIONES:

Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente, de conformidad a lo pactado en el contrato.

(Nombre del contratista)

LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ



C.C.

1018495043

Firma del  
Supervisor  
del contrato

Cargo y  
Dependencia  
donde labora



Grupo Gestión  
Contractual



# Certificado Tributario e Información del Sistema General de Seguridad Social Integral- SGSSI

Señores: **SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

<b>CONTRATO</b>	<b>Numero #</b>	N°025	<b>De</b>	2021
Contratista (Nombre completo)	LAURA SACRISTÁN HENRÍQUEZ			
Identificación (NIT, CC, etc.)	1018495043	DV	7	
Dirección	KRA 99 BIS# 23H - 49			
Ciudad <small>Residencia</small>	Bogotá D.C	Teléfono   Celular	3219898626	
Correo <small>Personal</small>	laurasacristanh@gmail.com	Correo <small>Institucional</small>	N/A	

## 2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

	SI	NO
a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) <i>(antes régimen común)</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales <small>(de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT)</small>	8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p
---	---

	SI	NO
d) Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Contraté más dos (2) o más personas?		

e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así:	Registre aquí. %
--	------------------

	SI	NO
f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

### APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SGSS

Tipo	Si	No	Entidad SSGF
Aportes – Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPS SANITAS

"IMPRIMIR POR LAS DOS CARAS DE LA HOJA"

Pág. 1 | 3

Régimen especial en Salud	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	En caso de señalar "SI", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al FOSYGA
Aportes - Pensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PORVENIR
Aportes – ARL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSITIVA

### APORTES VOLUNTARIOS

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo a la Superintendencia del Subsidio Familiar deducir de mis honorarios los siguientes conceptos:

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) \$
Aportes en Pensiones Voluntarias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	#	Desplegar	\$ 0,00
Aportes en cuentas AFC / AVC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	#	Desplegar	\$ 0,00

(Anexar Certificación vigente de la entidad financiera, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

### BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Tipo	Sí	N O	Soportes
Intereses de Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Anexar - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.</i> <i>Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje: Elija un elemento. %</i>
Medicina Prepagada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Anexar - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.</i>
Dependientes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	a) Para hijos menores de 18 años, <i>anexar</i> copia del registro civil. b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, <i>anexar</i> copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. c) Para Hijos mayores de 23 años y/o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, <i>anexar</i> certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud. d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, <i>anexar</i> Certificación anual de Contador Público.

### Relación de Dependientes

Nombre y apellidos  
(completos)  
ID (CC, TI, etc.)  
Fecha de Nacimiento  
Calidad del Dependiente


## 4. FIRMA

Para constancia firmo el día **05/04/2021**

Laura Sacristán

CC / NIT. : 1018495043

Original: Grupo de Gestión Financiera– Contabilidad



**Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante**

Usuario Solicitante: MHIhneran  
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-01-07  
 Fecha y Hora Sistema: 2021-05-12-2:37 p. m.  
 LUZ NEIDA HERNANDEZ GARCIA  
 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL									
Número:	81042021	Fecha Registro:	2021-04-14	Unidad / Subunidad ejecutora:	36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	99721	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2021-04-16	Código de Referencia:	04500030200081042021		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Bruto:	1.931.000,00	Valor Deduciones:	16.106,00		Valor Neto:	1.914.894,00	Saldo x Pagar:	0,00	

VALORES PAGADOS										
TRM Pago		Valor Bruto	1.931.000,00	Valor Deduciones	16.106,00	Valor Neto	1.914.894,00	Moneda Base Compra		Valor MBC

REINTEGROS										
Números								No Recaudo:		
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00			Reintegrado Deduciones Pesos:	0,00			Reintegrado Neto Pesos:	0,00	
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00			Reintegrado Deduciones Moneda:	0,00			Reintegrado Neto Moneda:	0,00	

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO										
Identificación:	1018495043	Razón Social:	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ					Medio de Pago:	Abono en cuenta	

CUENTA BANCARIA										
Número:	24098308745	Banco:	BCSC S A			Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa	
TESORERIA					DOCUMENTO SOPORTE					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPNT					Número:	025	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION	Fecha:	2021-04-14

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS													
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES				
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA	
000 SSF GESTION GENERAL GASTOS / A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS													
	Nación	16	CSF	1.931.000,00	0,00	1.931.000,00					Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES								
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES			TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-01-03-05	RETENCIONICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL		0,966 %	16.106,00	16.106,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA						
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
000 - SSF GESTION GENERAL PAC	1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF		2021-04-16	1.931.000,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)



**AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN FACTURACIÓN**  
**FORMULARIO 18764011989457 DE MARZO 31 DE 2021**  
**RANGO AUTORIZADO SSF 1 - SSF 2000**

Usuario Solicitante: MHIhneran LUZ NEIDA HERNANDEZ GARCIA  
 Unidad ó Subunidad: 36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR  
 Ejecutora Solicitante:  
 Fecha y Hora Sistema: 2021-05-12-2:37 p. m.

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES A NO OBLIGADOS AFACTURAR

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL								
Número:	SSF 44	Fecha Registro:	2021-04-14	Unidad / Subunidad ejecutora:	36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	99721	Comprobante Contable de la Generación:		
Fecha Máxima Pago:	2021-04-16	Código de Referencia:	04500030200081042021		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	1.931.000,00	Valor Deducciones:	16.106,00		Valor Neto:	1.914.894,00	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS											
TRM Pago		Valor Bruto	1.931.000,00	Valor Deducciones	16.106,00	Valor Neto	1.914.894,00	Moneda Base Compra		Valor MBC	

REINTEGROS						
Números					No Recaudo:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00	
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00	

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO						
Identificación:	1018495043	Razón Social:	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ		Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA									
Número:	24098308745	Banco:	BCSC S A		Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa	
TESORERIA				DOCUMENTO SOPORTE					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN				Número:	025	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	Fecha:	2021-04-14

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS													
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES				
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA	
000 SSF GESTION GENERAL GASTOS / A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS													
	Nación	16	CSF	1.931.000,00	0,00	1.931.000,00					Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES							
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES	TERCERO			TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-01-03-05 RETENCIONICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL		0,966 %	16.106,00	16.106,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
000 - SSF GESTION GENERAL PAC	1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2021-04-16	1.931.000,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018495043	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ		cra 99 bis #23h- 49	4157618	laurasacristanh@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	17/03/2021	49338871	\$282.000	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0	0	145.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.800				4.800	0	0	4.800			48	4.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	4.800	4.800
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>282.000</b>	<b>282.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018495043	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ		cra 99 bis #23h- 49	4157618	laurasacristanh@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	17/03/2021	49338871	\$282.000		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018495043	SACRISTAN HENRIQUEZ LAURA		59	0		N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS005	908.526	113.600	14-23	908.526	1	4.800	CCF24	908.526	18.200	0	0	0	0	0	

# PAGADA

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**  
**DOCUMENTO DE COBRO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR**

<b>FECHA DE GENERACIÓN DEL DOCUMENTO</b>		<b>Número de documento</b>	
5 de abril de 2021		<b>N° 2</b>	
<b>ADQUIRENTE DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS</b>			
<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b>	SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR		
<b>NIT</b>	860503600	<b>DV</b>	9
<b>PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA</b>			
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ		
<b>NIT / CC</b>	1.218.495.543	<b>DV</b>	7
<b>DIRECCIÓN</b>	CRA 99 #59# 23H-40		
<b>TELÉFONO</b>	321046825		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	LAURASACRISTANH@GMAIL.COM		
<b>NÚMERO DE CONTRATO</b>	025 DE 2021		
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA APOYAR EL GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL, EN TODO LO RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERACIONALES CORRESPONDIENTES A LA ACTIVIDAD PRECONTRACTUAL.		
<b>PAGO CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE:</b>		<b>MARZO</b>	
<b>VALOR</b>	<b>LETRAS</b>		
<b>\$ 1.931.000</b>	UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE		
<b>FIRMA PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA</b>			
			
ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE NADA			



**Obligación Presupuestal – Comprobante.**

Usuario Solicitante: MHbinampue BERNARDA ISABEL INAMPUES BORDA  
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR  
 Fecha y Hora Sistema: 2021-04-14-4:21 p. m.

**REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.**

<b>Numero:</b>	99721	<b>Fecha Registro:</b>	2021-04-14	<b>Unidad / Subunidad ejecutora:</b>	36-01-07 MINISTERIO DEL TRABAJO - SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR					
<b>Vigencia Presupuestal</b>	Actual	<b>Estado:</b>	Generada	<b>Requiere DIP:</b>		No	<b>Tipo de DIP:</b>		<b>Nro. Compromiso:</b>	10721
<b>Valor Inicial:</b>	1.931.000,00	<b>Valor Total Operaciones:</b>				0,00	<b>Valor Actual:</b>	1.931.000,00	<b>Saldo x Ordenar:</b>	1.931.000,00
<b>Valor Inicial Moneda Original:</b>	0,00	<b>Valor Total Operaciones Moneda Original:</b>				0,00	<b>Valor Actual Moneda Original:</b>	0,00	<b>Saldo x Ordenar Moneda Original:</b>	0,00
<b>Valor Deducciones:</b>	16.106,00	<b>Valor Neto:</b>				1.914.894,00	<b>Valor IVA:</b>	0,00	<b>Nro. Cdp:</b>	8721
<b>Valor Deducciones Moneda:</b>	0,00	<b>Valor Neto Moneda:</b>				0,00	<b>Atributo Contable:</b>	05-NINGUNO	<b>Comprobante Contable:</b>	2156

**TERCERO**

<b>Identificacion:</b>	1018495043	<b>Razon Social:</b>	LAURA SACRISTAN HENRIQUEZ					<b>Medio de Pago:</b>	Abono en cuenta	
------------------------	------------	----------------------	---------------------------	--	--	--	--	-----------------------	-----------------	--

**CUENTA BANCARIA**

<b>Numero:</b>	24098308745	<b>Banco:</b>	BCSC S A				<b>Tipo:</b>	Ahorro	<b>Estado:</b>	Activa
----------------	-------------	---------------	----------	--	--	--	--------------	--------	----------------	--------

**CUENTA X PAGAR**

**CAJA MENOR**

<b>Numero:</b>	36821	<b>Tipo:</b>	Honorarios Personas Declarantes	<b>Identificacion:</b>		<b>Fecha de Registro:</b>	
----------------	-------	--------------	---------------------------------	------------------------	--	---------------------------	--

**DOCUMENTO SOPORTE**

<b>Numero:</b>	DOC DE COBRO N 2	<b>Tipo:</b>	OTRO DOCUMENTO DE COBRO			<b>Fecha:</b>	2021-04-05
----------------	------------------	--------------	-------------------------	--	--	---------------	------------

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
000 SSF GESTION GENERAL GASTOS	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS	Nación	16	CSF	05-NINGUNO					
<b>Total:</b>							1.931.000,00	0,00	1.931.000,00	1.931.000,00

**Objeto:** RP 10721 CT 025/2021 PAGO 2/11 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA APOYAR EL GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL, EN TODO LO RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERACIONALES CORRESPONDIENTES A LA ACTIVIDAD PRECONTRACTUAL. PERIODO: MARZO 2021 DOCUMENTO DE COBRO N 2 DEL 05 DE ABRIL DE 2021. PLANILLA SS No 49338871, PAGADA 17 DE MARZO DE 2021

**PLAN DE PAGOS**

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
000 SSF GESTION GENERAL PAC	1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF	2021-04-16	Generada	1.931.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL						
POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-01-03-05 RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	NIT 899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	1.667.328,00	0,966 %	16.106,00	16.106,00

---

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**