

Contratos

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

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

No. del Contrato:	91	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 12.000.000	Fecha de trámite:	Junio 6 de 2018
Fecha suscripción contrato:	25 de Enero de 2018	Nombre del Contratista:	Jonathan Alvarado Niño	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	
Requiere Acta de Inicio	No	No. De Registro Presupuestal:	12018	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:		Fecha terminación	31 de Julio del 2018	C.C.	No. de Identificación: 1.014.195.193

Objeto:
Prestar apoyo a la gestión de la Superintendencia del Subsidio Familiar en el diseño gráfico de piezas comunicativas para impresos, videos y publicaciones digitales de la entidad, presentaciones públicas y privadas del Despacho del Superintendente y apoyo en la edición de piezas digitales que se requieran desde la oficina de comunicaciones.

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 2.000.000	7	
2	\$ 2.000.000	8	
3	\$ 2.000.000	9	
4		10	
5		11	
6		12	

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.

% EJECUCIÓN	50%
TOTAL	\$ 6.000.000

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 4.000.000
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 2.000.000	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	\$ 100.000
Valor Pensión	\$ 128.000
Valor ARL	\$ 4.200
Total Pagos	\$ 232.200

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)

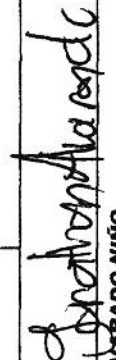
Nombre: John Gaviria
Documento Identidad: 79.154.696
Cargo: Director de comunicaciones
Dependencia: Comunicaciones

Firma Supervisor o Interventor

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
12 JUN 2018
B:O



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 091 de Febrero 1 2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR apoyo a la gestión de la SSF en el diseño gráfico de piezas comunicativas para impresos, videos y publicaciones digitales de la entidad, presentaciones públicas, y privadas del despacho de la superintendente y apoyo de	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	Febrero del 2018	FECHA DEL INFORME:
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	6 meses	PRÓRROGAS:	0	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	12.000.000	ADICIONES:	0	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 1 de mayo de 2018	Hasta: 31 mayo de 2018	Pago No.: 4	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Chats de servicio, presentación banners portal, pieza facebook live.			
OBSERVACIONES:	 JONATHAN ALVARADO NIÑO Supervisor contrato 091			
C.C. 1014195193				

1-2018-010286 12/06/2018 14:50:31
 INFORME DE ACTIVIDADES.Ixt
 Folios: 5 Anexos:



Bogotá, 05 junio de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, Jonathan Alvarado Niño, identificado con la cédula de ciudadanía No.1014195193, para acogerme a la disminución de la base para Retención en la Fuente para trabajadores independientes (Art. 4° 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.091 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

Jonathan Alvarado Niño
C.C. No.1014195193



Bogotá,
Junio 05 de 2018
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, Jonathan Alvarado Niño, identificado con cédula de ciudadanía número 1014195193 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

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. **x**

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 párrafo 2. Manifiesto que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad generadora de renta.

Atentamente,



Jonathan Alvarado Niño
1014195193
carrera 78 # 64c-19
3176574842



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-06-05, 08:05:52 PM

Número Planilla 1012199647

Referencia pago(PIN) 8886712810

Periodo Cotización 201805

Periodo Servicio 201805

Cliente:

PAGADA 2018-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONATHAN ALVARADO NIÑO		Dirección	CR78 NO 64C19	
Documento	CC 1014195193		Teléfono	2519433	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados 1
Tipo Persona	NATURAL		Departamento	BOGOTA D.C.	
Ciudad	BOGOTA		Identificación	CC 1014195193	
Representante Legal	ALVARADO NIÑO JONATHAN				

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014195193	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	ALVARADO NIÑO JONATHAN	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11	Centro de Trabajo		Ubicación Laboral	BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	59			00								

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión			Salud			Riesgos			Caja			Parafiscales		
	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Código ARL	Tarifa ARL	Total Aporte ARL	Código CCF	Tarifa CCF	Total Aporte CCF	Código SENA	Tarifa SENA	Total Aporte SENA
	200001	16 %	\$ 128.000	EP8077	12.5 %	\$ 800.000	14-23	0.822 %	\$ 4.200	NH-CC	0 %	\$ 0		0 %	\$ 0
			\$ 128.000			\$ 800.000			\$ 4.200			\$ 0			\$ 0
			\$ 128.000			\$ 800.000			\$ 4.200			\$ 0			\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 232.200



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-06-05, 08:04:34 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1012801754 Referencia pago(PIN) 8886712810
 Período Cotización 201806 Período Servicio 201806

Cilente:

PAGADA 2018-06-01

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONATHAN ALVARADO NIÑO		Dirección	CR78 NO 64C19	
Documento	CC 1014195193		Teléfono	2519433	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Forma Presentación	ÚNICO	
Tipo Persona	NATURAL		Departamento	BOGOTA D.C.	
Ciudad	BOGOTA		Identificación	CC 1014195193	
Representante Legal	ALVARADO NIÑO JONATHAN				

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014195193	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00			ALVARADO NIÑO JONATHAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión			Salud			Riesgos			Caja			Parafiscales		
	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Código ARL	Tarifa ARL	Total Aporte ARL	Código CCF	Tarifa CCF	Total Aporte CCF	Código SENA	Tarifa SENA	Total Aporte SENA
	230301	16%	\$ 800.000	EP5017	12.5%	\$ 800.000	14-23	0.522%	\$ 800.000	NUN-CC	0%	\$ 0	0%	0%	\$ 0
			\$ 128.000			\$ 100.000			\$ 4.200			\$ 0			\$ 0
			\$ 800.000			\$ 800.000			\$ 800.000			\$ 0			\$ 0
			\$ 128.000			\$ 100.000			\$ 4.200			\$ 0			\$ 0
			\$ 800.000			\$ 800.000			\$ 800.000			\$ 0			\$ 0
			\$ 128.000			\$ 100.000			\$ 4.200			\$ 0			\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 232.200
\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 232.200



