

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO**

| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| No. del Contrato:  | 55   | Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica: | \$ 36.000.000          |
| Fecha suscripción contrato:                                      | 31/03/2017   | Nombre del Contratista:  | MARIO ANNICHIARIO DAZA |
| Requiere Acta de Inicio  | SI   | No. De Registro Presupuestal:                                      | 16517                  |
| Fecha Acta de Inicio:  | 04/04/2017   | Fecha terminación  | 04/10/2017             |
| 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 compensación familiar, en el desarrollo de las labores misionales del proceso de inspección, vigilancia y control de la caja de compensación familiar |  |                        |

| 2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIF NACIÓN |              |                    |                      |
|--|--------------|--------------------|----------------------|
| No. Cuota  | Valor        | No. Cuota          | Valor                |
| 1  | \$ 6.000.000 | 7                  |                      |
| 2  | \$ 6.000.000 | 8                  |                      |
| 3  | \$ 6.000.000 | 9                  |                      |
| 4  | \$ 6.000.000 | 10                 |                      |
| 5  | \$ 6.000.000 | 11                 |                      |
| 6  |              | 12                 |                      |
|  |              | <b>% EJECUCIÓN</b> | <b>67%</b>           |
|  |              | <b>TOTAL</b>       | <b>\$ 24.000.000</b> |

| 3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN |              |
|---|--------------|
| No. Del pago  | 5            |
| Valor a pagar incluido IVA:   | \$ 6.000.000 |
| SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR \$ 6.000.000                                       |              |
| 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: |                   |
| 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)    |                   |
| Valor Salud  | \$ 300.000        |
| Valor Pensión  | \$ 384.000        |
| Valor ARL  | \$ 12.600         |
| <b>Total Pagos</b>   | <b>\$ 696.600</b> |



Firma Supervisor o Interventor

Nombre: RUBEN DARIO CORDOBA V

Documento Identida 6385999

Cargo: Dir gestion financiera y contable

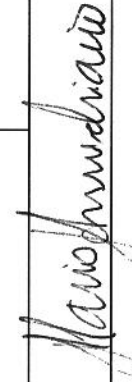
Dependencia: Dir gestion financiera y contable

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

*Adunio*  
- 4 SEP 2017  
B. 45





| INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN   |  |                                  |                    |
|---|--|----------------------------------|--------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 055 de 2017  |  |                                  |                    |
| OBJETO DEL CONTRATO:  | FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:   | FECHA DEL INFORME:               |                    |
| Prestar los servicios profesionales para opoyar 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. | 31-mar-17  | 04-sep-17                        |                    |
| <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:</b>  | <b>PRÓRROGAS:</b>  | <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:</b> | 6 MESES            |
| 6 meses   |  |                                  |                    |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>  | <b>ADICIONES:</b>  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b> | \$36.000.000       |
| \$36.000.000  |  |                                  |                    |
| <b>Periodo correspondiente del pago:</b>  | <b>DESDE:</b> 04/06/2017   | <b>Hasta:</b> 04/07/2017         | <b>Pago No.:</b> 5 |
|   |  |                                  | 67%                |
| <b>ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:</b>   | 1. Realizar el informe financiero del primer trimestre del año 2017 de las siguientes Cajas de Compensación: COMFAMILIAR CARTAGENA-BOLIVAR, COMFANDI, COMFAORIENTE, COLSUBSIDIO, COMFAMILIAR TOLIMA, COMFIAR ARAUCA, COMFAMILIAR RISARALDA, COMFAMILIAR GUAJIRA. Realizar acta sobre la reunión realizada el 14 de Agosto de la Dirección Financiera y Contable sobre Empresas no afiliadas. |                                  |                    |
| <b>OBSERVACIONES:</b>   | <br>Firma del Supervisor del contrato: Ruben Darío Corroba Victoria   |                                  |                    |
|   | NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIO ANNICHARICO DAZA<br>Dirección Financiera y contable - Delegada de Gestión  |                                  |                    |
| <b>C.C. 84.036.677</b>  |  |                                  |                    |

1-2017-014135 01/09/2017 16:58:32  
 INFORME ACTIVIDADES.txt  
 Folios: 8 Anexos: 1 ed









## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                      |                     |          |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No        |
| CC 84036677                       |         | ANNICHARICO DAZA MARIO JOSE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 8 N° 10 - 68 | VALLEDUPAR-CESAR    | 5749894  |                       | No        |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                      |                     |          |                       |           |
| Periodo                           | Salud   | Clave                       | Tipo            | Fecha              | Pago                 | Dias Mora           | Valor    |                       |           |
| 2017-08                           | 2017-08 | 8468739100                  | I               | 2017/08/18         | 2017/07/25           | BANCO DANVIENDA     | 0        |                       | \$696,600 |

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No.   | Identificación       | Nombres           | Codigo | Dias | PENSION     |           |           | SALUD       |           |           | CCF |        |         | RIESGOS |        |         | PARAFISCALES |        |         |
|---|----------------------|-------------------|--------|------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----|--------|---------|---------|--------|---------|--------------|--------|---------|
|   |                      |                   |        |      | IBC         | Aporte    | Limites   | IBC         | Aporte    | Limites   | IBC | Aporte | Limites | IBC     | Aporte | Limites | IBC          | Aporte | Limites |
| <b>Sucursales: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>        |                      |                   |        |      |             |           |           |             |           |           |     |        |         |         |        |         |              |        |         |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b> |                      |                   |        |      |             |           |           |             |           |           |     |        |         |         |        |         |              |        |         |
| Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)     |                      |                   |        |      |             |           |           |             |           |           |     |        |         |         |        |         |              |        |         |
| 1   | CC 84036677          | ANNICHARICO MARIO | 231001 | 30   | \$2,400,000 | \$384,000 | \$384,000 | \$2,400,000 | \$300,000 | \$300,000 | 0   | \$0    | \$0     | \$0     | \$0    | \$0     | \$0          | \$0    | \$0     |
| <b>Total</b>                                      | <b>Afiliados( 1)</b> |                   |        |      | \$2,400,000 | \$384,000 | \$384,000 | \$2,400,000 | \$300,000 | \$300,000 |     | \$0    | \$0     | \$0     | \$0    | \$0     | \$0          | \$0    | \$0     |

PAGADO

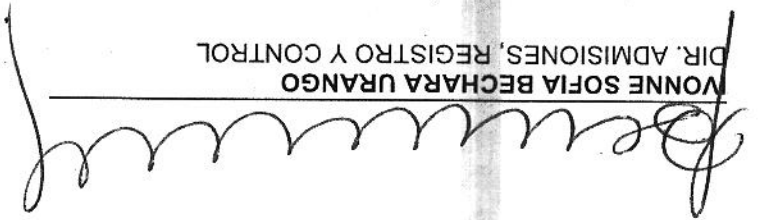


BOGOTÁ  
Carrera 6 No. 118-60  
Calle 119 No. 5-25 Pbx. (1)629 03 44  
www.unisibogota.edu.co

MONTERÍA  
Campus Elías Bechara Zainúm  
Carrera 1W No. 38-153 Pbx(4)  
www.unisnu.edu.co

CARTAGENA  
Pie de la Popa  
Calle 30 No. 20-71 Pbx. (5) 6581688  
www.unisnucartagena.edu.co

DIR. ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL  
**WONNE SOFIA BECHARA URANGO**

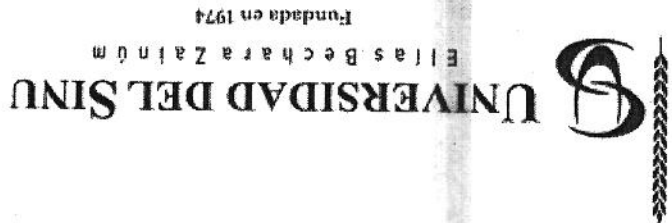


SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA EN MONTERÍA A LOS 17 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2017.

TIENE MATRICULADO 17 CREDITOS SEMESTRALES, CORRESPONDIENTES A 5 ASIGNATURAS, CON UNA INTENSIDAD DE 23 HORAS SEMANALES DE ACOMPAÑAMIENTO DOCENTE MÁS LAS HORAS DE TRABAJO INDEPENDIENTE.  
ESTEFANIA ANNICHARICO NEGRETE IDENTIFICADO CON CC No 1067952903, ES ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCIÓN, MATRICULADO(A) EN EL PROGRAMA DE MEDICINA EN EL CICLO LECTIVO 1763 (SEGUNDO SEMESTRE 2017).

Y EN SU NOMBRE EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL CERTIFICA QUE:

LA UNIVERSIDAD DEL SINU "ELIAS BECHARA ZAINUM" RECONOCIDA SEGUN RESOLUCIÓN NUMERO 4973 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y CON PERSONERÍA JURÍDICA No. 12154 DE OCTUBRE 27/77 EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, Y CON APROBACIÓN PARA EL PROGRAMA DE MEDICINA SEGUN ACUERDO No 004 DEL 26 DE JULIO DE 1999 EMANADA DEL CONSEJO SUPERIOR.



Fundada en 1974



0004614



Bogotá, 04 de septiembre de 2017

Señores  
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR  
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, MARIO ANNICHARICO DAZA, identificado con cédula de ciudadanía número 84.036.677 expedida en San Juan del Cesar (Guajira), me acoto 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 |
|------|----------------|-------------------------------|------|
| CC   | 1,067.952.903  | ANNICHARICO NEGRETE ESTEFANIA | 20   |

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 2016 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$41.654.000), que no sean responsables del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2016 no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$133.889.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedan de dos mil ochocientos (2.800) UVT (\$83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no supere las dos mil ochocientas (2800) UVT (\$83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$133.889.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.**

Atentamente,

  
MARIO ANNICHARICO DAZA

84.036.677  
CALLE 54 a # 14-74  
3015999570



Bogotá, 4 de septiembre de 2017


Señores  
**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**  
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, MARIO ANNICHARICO 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.55 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

  
MARIO ANNICHARICO DAZA  
C.C. No.84.036.677





|                               |    |                             |            |          |            |            |      |                   |                      |                  |         |                     |  |          |  |                       |  |
|-------------------------------|----|-----------------------------|------------|----------|------------|------------|------|-------------------|----------------------|------------------|---------|---------------------|--|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    | Clave                       |            | Tipo     |            | Fecha      |      | Suursal Principal |                      | Direccion        |         | Ciudad-Departamento |  | Teléfono |  | Exonerado SENA e ICBF |  |
| Identificación                | dv | Razon Social                | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Pago | PRINCIPAL         | CARRERA 8 N° 10 - 68 | VALLEDUPAR-CEGAR | 5749894 |                     |  |          |  |                       |  |
| CC 84036677                   |    | ANNICHARICO DAZA MARIO JOSE | 8470091902 | 1        | 2017/09/19 | 2017/09/01 |      |                   |                      |                  |         |                     |  |          |  |                       |  |

|                                   |           |       |            |          |            |            |      |                   |                      |                  |         |                     |  |          |  |                       |  |
|-----------------------------------|-----------|-------|------------|----------|------------|------------|------|-------------------|----------------------|------------------|---------|---------------------|--|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |           | Clave |            | Tipo     |            | Fecha      |      | Suursal Principal |                      | Direccion        |         | Ciudad-Departamento |  | Teléfono |  | Exonerado SENA e ICBF |  |
| Periodo                           | Salud     | Pago  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Pago | PRINCIPAL         | CARRERA 8 N° 10 - 68 | VALLEDUPAR-CEGAR | 5749894 |                     |  |          |  |                       |  |
| 2017-09                           | 279220854 |       | 8470091902 | 1        | 2017/09/19 | 2017/09/01 |      |                   |                      |                  |         |                     |  |          |  |                       |  |

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

**PAGADO**