

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

No. del Contrato:	051-2016	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 392.230.190	Fecha de trámite:	13/07/2016
Fecha suscripción contrato:	16/05/2016	Nombre del Contratista:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - CAFAM	Fecha de aprobación de la garantía única - si aplica:	25/05/2016
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	19416	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	25/05/2016	Fecha terminación	31/12/2016	Tipo Identificación	NIT No. de identificación: 860013570-3
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR LABORAL E INCENTIVOS, DIRIGIDO A LOS FUNCIONARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR.				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SUF 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	\$ 386.247.369	Factura No.	41083
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.982.821			Fecha de la Factura:	11/07/2016

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:	X
Fotocopia del formato de Ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:	NA
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.	Valor Salud Valor Pensión Valor ARL Total Pagos \$
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	X

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

Adriana Helena Galvis
 Firma Supervisor o Interventor

Nombre: ADRIANA HELENA GALVIS BUITRAGO

Documento Identidad: 51.920.689

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

Dependencia: GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Adriana
 15 JUL 2016
 12:01



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO



FACTURA DE VENTA

RE` 41083

Original

Pág. 1 / 1

CLIENTE: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

No. NIT: 8605036009

DIRECCIÓN: Cll 45 A 9 46
Telefonó 3487800 Ext 7797
Bogotá- Colombia
Atn: Sra. Adriana H. Galvis


Teléfono: 3487799
6916400

Email: aarango@ssf.gov.co

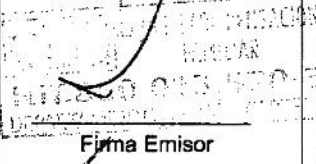
Al efectuar el pago por favor citar Número de la Factura

Fecha de Expedición: 11/07/2016
Fecha de Vencimiento: A su presentación

Ev. 3508/2016; Hotel Kualamana; ujunio 2/3 de 2016. S/Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión N° 051 del 18 de mayo de 2016

Descripción	Valor	Descuento	% IVA	Total
1 Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión en la ejecución Bienestar laboral e Incentivos dirigidos a los funcionarios de la Superintendencia de Subsidio Familiar. IVA 0%	37,500	0	0	37,500 0
1 Servicios con imponible 8% Imp. Consumo 8%	2,293,102	0	8	2,293,102 183,448
1 Servicios gravados 16% IVA 16%	2,990,320	0	16	2,990,320 478,451
Total Servicios				5,982,821
Total Descuento				0
Total Depósitos anticipados				0
Total de Devolución				0
1-2016-016280 12/07/2016 13:23:03 FACTURA DE VENTA.txt 				
* Ingresos recibidos para terceros				
Por Cobrar				5,982,821

**** (Cinco Millones Novecientos Ochenta y Dos Mil Ochocientos Veintiun 00/100) ** PESOS M/CTE**

Impuestos	Vr. Base	Vr. Impuestos	
Iva 16.00%	2,990,320	478,451	 Recibido Por: Identificación y Firma quien Recibe: Fecha Recibo:
Iva 0.00%	37,500	0	
Imp. Consumo 8.00%	2,293,102	183,448	
TOTAL	5,320,922	661,899	Firma Emisor

no se acepta reclamaciones pasados Diez (10) días Calendario luego de radicada

Autorizo a CAFAM o a quien represente sus derechos de conformidad con la ley 1266 de 2008 a consultar, suministrar, procesar, tratar y circularizar mi información dentro de la actividades del objeto social de la empresa. En caso de que se efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderá a éste en los mismos terminos y condiciones. A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio, según Artículo 779 del Código de Comercio.

El NO pago de esta factura a su vencimiento causará intereses de mora equivalentes a la tasa máxima moratoria permitida para operaciones comerciales durante el tiempo de mora. Al realizar el pago, asegúrese de registrar en el recibo de consignación el (los) No. (s) de la(s) factura(s).

Procesado por computadora Resolución DIAN 310000085260 de mayo 21/15 Intervalo RE 36000-100000

Av. Cra. 68 No. 90 - 88 PBX 646 8000 Directo 644 4929 Fax 624 3757

206



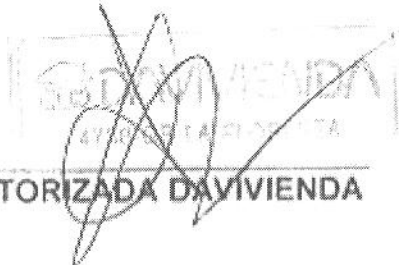
207
DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Certificamos que la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM con Nit: 860.013.570-3 tiene en el Banco Davivienda Red Bancafé código de banco 51; Cuenta Corriente No 028000305, la cual se encuentra vigente.

Cualquier aclaración o información adicional con gusto la atenderemos en nuestras líneas telefónicas 3300000 Ext 82119.

Cordial Saludo,



FIRMA AUTORIZADA DAVIVIENDA

