INFORME DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN Y CONVENIOS	CÓDIGO	F0-CAD-013
	VERSIÓN	6
	CREACIÓN	2022

GRUPO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

INFORME MENSUAL

ACTIVIDADES REALIZADAS EN MES	FEBRERO	CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL	22/02/2024	AL	29/02/2024

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. Contrato o Convenio y año de suscripción:	197 DE 2024
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL CONTROL, LA SUSTANCIACIÓN Y DEMAS ACTUACIONES JURÍDICAS A CARGO DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, EN EL MARCO DEL PROYECTO "MODERNIZACION DE LA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR". (ID: SDRAME-322)
Clase de Contrato o convenio:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Fecha Inicio:	22/02/2024
Fecha Terminación:	21/06/2024
Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:	6%
Prórroga(s)	NO
Valor inicial pactado:	$28.600.000,00
Valor adicionado:	NO APLICA
Valor a pagar:	$2.145.000,00
Nombre del contratista:	ANGELA MARIA LOPEZ FERREIRA
CC / Nit:	1.020.804.012
Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:	LILIANA CASTILLO CUERO
Cargo del Supervisor:	COORDINADORA GRUPO INTERNO PARA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (Donde se debe mencionar por lo menos una de las obligaciones con la que va relacionada)

Obligación Nº 1: Sustanciar dentro de los términos de Ley y los lineamientos dados por la coordinación y/ o Superintendente Delegada los actos administrativos que correspondan de acuerdo al reparto asignado. EXP.2667/2023 PGEN- CCF CAJASAN. Proyección del oficio - 1. REITERA REQUERIMIENTO **(Anexo 1)**. **Obligación Nº2** Responder dentro de los términos de Ley los derechos de petición, oficios, tutelas, requerimientos de órganos de control, etc que le sean asignados por la supervisión o por el (la) Superintendente Delegado (a). NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº 3**: Apoyar en la descongestión de los expedientes a efectos de generar el cierre de procesos administrativos sancionatorios que se encuentren caducados. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº 4:** Asistir a las reuniones, capacitaciones y mesas de trabajo, programadas por el (la) supervisor (a) y/o por la Superintendente Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas especiales, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.- Reunión de Inducción SDRAME de la Superintendente Delegada. 22-02-2024. **(Anexo 2)**. -Reunión Capacitación general aplicativo E-signa General 22/02/2024. **(Anexo 3)**. - Reunión de Inducción y Capacitación coordinadora Doctora Liliana Castillo. 26/02/2024. **(Anexo 4)**. **Obligación Nº 5**: Mantener al día los expedientes y trámites en la plataforma de correspondencia que se encuentre habilitada, así como los expedientes físicos asignados. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº6:**Realizar las actividades y acciones requeridas en el marco del desarrollo del proyecto de inversión “Modernización de la Inspección, vigilancia y control de la Superintendencia del Subsidio Familiar·. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº 7:**Apoyar en la proyección de los certificados y/o documentos requeridos por las Caja de Compensación Familiar en los términos y condiciones preestablecidas en los lineamientos internos de la Superintendencia. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº 8:** Diligenciar y actualizar de manera permanente y oportuna la matriz de seguimiento a los expedientes y trámites asignados con sus respectivos datos y anexos que se soliciten. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES. **Obligación Nº 9:** Desarrollar las demás actividades encomendadas por el supervisor o por el (la) Superintendente Delegado (a) en desarrollo y con ocasión del objeto contractual. NO SE ASIGNARON ACTIVIDADES PARA ESTA OBLIGACIÓN EN EL PRESENTE MES.

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato/convenio No. 197 de 2024, suscrito entre la Superintendencia del Subsidio Familiar y el/la contratista Angela María López Ferreira.

Certifico que llevo a cabo sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas y realizó el cargue de los informes de actividades y las evidencias de la

ejecución del contrato, en el aplicativo SECOP II.

Como supervisor, valido el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud y Pensión) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

Nota: La supervisión deberá incluir acta de inicio, cronogramas, correos electrónicos, informes, productos, cuentas, modificaciones y demás documentos que hagan parte de la ejecución contractual, que se hayan realizado dentro del mes a pagar mes a mes durante la ejecución del contrato, en la carpeta designada por el Grupo de Gestión Contractual.

SEGUIMIENTO A LA MATERIALIZACION DE ANALISIS DE RIESGOS				
Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?	SÍ	X	NO	
¿Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SÍ		NO	X
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:	N/A			

OBSERVACIONES

N/A

CERTIFICACIÓN

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.
En constancia firma

(Firma del Supervisor del contrato)

CASTILLO CUERO LILIANA

Firmado digitalmente por CASTILLO CUERO LILIANA
Fecha: 2024.02.27 15:42:51 -05'00'

c.c/NIT 1.020.804.012

c.c/NIT 37.625.345

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGOS**	SuperSubsidio Cuidamos tu bienestar social	CÓDIGO: **FO-GFP-018** VERSIÓN: **3** CREACIÓN: **7/02/2023**

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO o CONVENIO No:	VIGENCIA	NUMERO DE PAGO	TIPO DE CONTRATO	PERIODO DE COBRO (DD/MM/AA)	
CONTR 197-2024 MEDIDAS	2024	1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	**22/02/2024**	**29/02/2024**

MEDIDAS. CPSP PARA APOYAR EL CONTROL, LA SUSTANCIACIÓN Y DEMAS ACTUACIONES JURÍDICAS A CARGO DE LA SDRAME, PROY MODERNIZACION DE LA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SSSF. ID: SDRAME-322

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

NIT / CC No:	NOMBRE DEL CONTRATISTA o PROVEEDOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORRE ELECTRÓNICO DE CONTACTO
1.020.804.012	LOPEZ FERREIRA ANGELA MARIA	3043894496	angelalopezferreira@gmail.com

3. INFORMACION SOBRE EL PAGO A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACION

N° COMPROMISO PRESUPUESTAL	RUBRO	persona juridica?	USOS PRESUPUESTALES	VALOR A PAGAR
25424	C-3602-1300-1-20306A-3602041-02	NO	A-02-02-02-008-003-09	$ 2.145.000,00
TOTAL A PAGAR EN ESTE TRÁMITE				**$ 2.145.000,00**

N° FACTURA ELECTRONICA	VALOR ANTES DEL IVA	VALOR DEL IVA	TOTAL
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor/ Interventor del contrato, convenio o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista/proveedor ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato/convenio, y cumple con todos los requisitos legales necesarios para AUTORIZAR 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 y las normas vigentes, los mismos se encuentran debidamente cargados en el sistema SECOP II (para los pagos que apliquen).

La supervisión y/o interventoría CERTIFICA que verificó el cumplimiento del contratista/proveedor de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas o certificaciones) allegados por el contratista/proveedor en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(....) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal o Representante Legal(...)". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista/proveedor.

CERTIFICO que para los pagos que apliquen, fue debidamente verificada la Factura Electrónica, Nota Débito, Nota Crédito y se solicitó al Grupo de Gestión Financiera su aprobación a través del Operador Olimpia IT, en marco de la normatividad vigente y en especial lo establecido en la Circular Externa 016 de 2021 expedida por la Administración del Sistema SIIF Nación.

DATOS DEL SUPERVISOR(ES) / INTERVENTOR(ES)

Nombre(s) : Liliana Castillo Cuero

 # de Identificación : 37.625.345

Cargo(s) : Coordinadora Grupo Interno para la Responsabilidad Administrativa

Dependencia(s) : Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa

CASTILLO CUERO LILIANA

Firmado digitalmente por CASTILLO CUERO LILIANA
Fecha: 2024.02.27 15:34:16 -05'00'

ESPACIO PARA FIRMA DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nota: Si se requiere la firma de más supervisores, se podrán incluir al formato.

OBSERVACIONES:

CERTIFICADO TRIBUTARIO

CÓDIGO	FO-GFP-015
VERSIÓN	3
CREACIÓN	2023

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

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

NÚMERO DEL CONTRATO	197 de 2024
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	ANGELA MARIA LOPEZ FERREIRA
# DE IDENTIFICACIÓN	1020804012

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior ____ **%**

El incremento en la tarifa de retención en la fuente será aplicable a partir del mes siguiente a la presentación de la solicitud.

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

APORTES VOLUNTARIOS	SÍ	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Aportes en Pensiones Voluntarias		X	*Consignación o certificado de pago en donde se vea el nombre del contribuyente y fecha de pago, que deberá corresponder al mes en el que desea se aplique la deducción*
Aportes en cuentas AFC / AVC		X	

CERTIFICO que los documentos soportes suministrados en la ejecución del contrato por Aportes Voluntarios a Pensiones o en cuentas AFC y FVP, se realizaron sobre los ingresos provenientes del contrato objeto suscrito con la SSF y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.

BENEFICIOS TRIBUTARIOS (Ley 2277/2022)	SÍ	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Intereses de Vivienda		X	***Anexar*** *- Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *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*** *:* ____
Medicina Prepagada		X	***Anexar*** *- Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Dependientes		X	*a) Para hijos hasta dieciocho (18) años de edad* ***anexar*** *copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años,* ***anexar*** *copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean* ***certificados por Medicina Legal.*** *d) Para cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT,* ***certificada por contador público*** *, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean* ***certificados por Medicina Legal***

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.
Para constancia firmo.



CC / NIT. :
1020804012