

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA			
No. del Contrato:	109-2018	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 456.056.981.00
Fecha suscripción contrato:	31/05/2018	Nombre del Contratista:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR – CAFAM
Requiere Acta de Inicio	Sí	No. De Registro Presupuestal:	26918
Fecha Acta de Inicio:	05/06/2018	Fecha terminación	31/12/2018
Objeto:	DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR LABORAL E INCENTIVOS, DIRIGIDOS A LOS FUNCIONARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA, DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD.		
		Fecha de trámite:	28/09/2018
		Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	05/06/2018
		Fuente de los Recursos	Inversión
		Tipo Identificación	NIT
		No. de Identificación:	860.013.570-3

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 30.153.042	8	
2	\$ 17.404.035	9	
3	\$ 43.606.863	10	
4	\$ 2.729.000	11	
5		12	
6		13	
7		14	
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 93.892.940</b>

**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 21%**

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			
No. Del pago	5	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 357.275.541.00
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 4.888.500	Factura No.	49115
		Fecha de la Factura:	05/09/2018

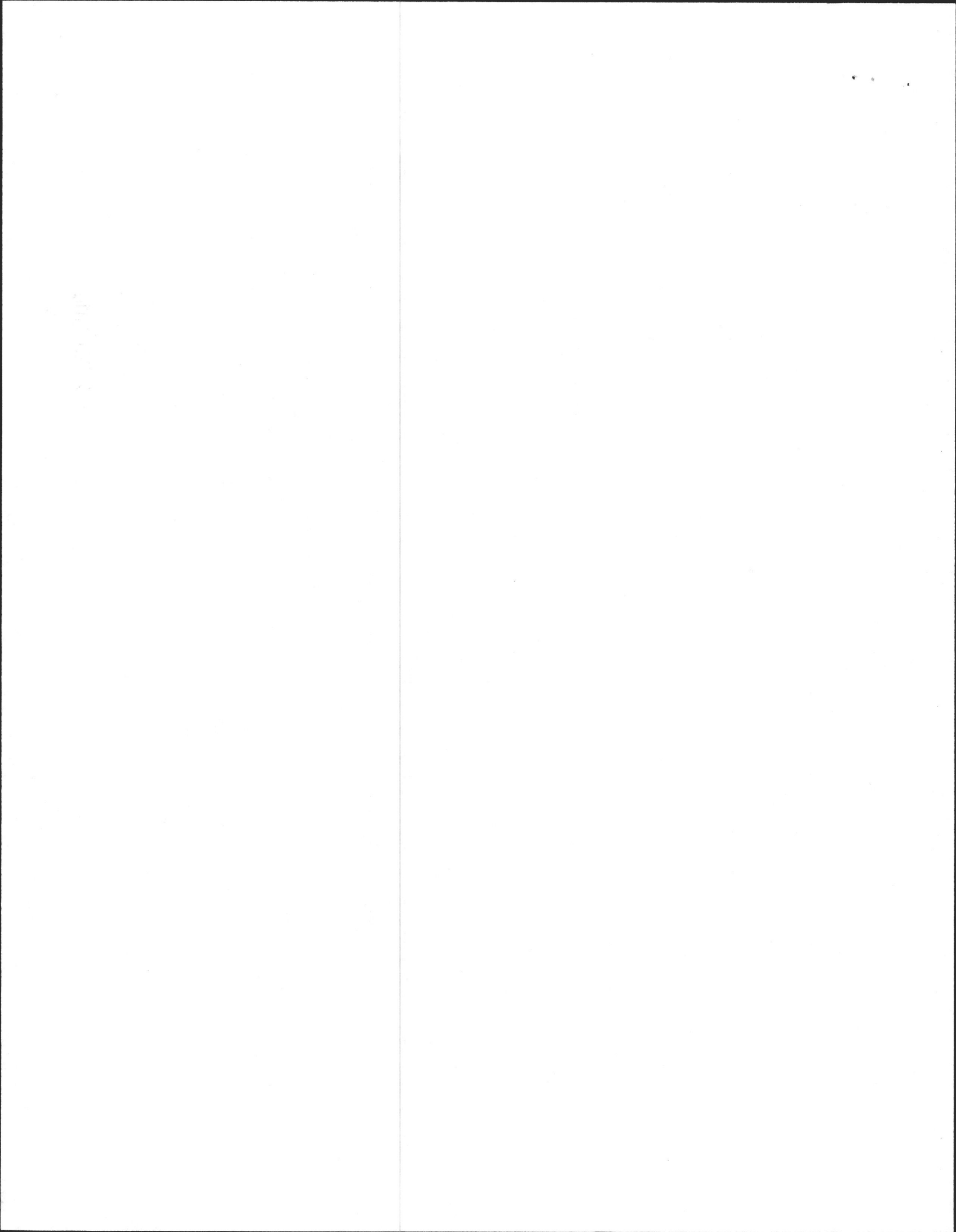
4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO			
Informe de Actividades:			X
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:			NA
	Valor Salud		
	Valor Pensión		
	Valor ARL		
	<b>Total Pagos \$</b>		<b>X</b>

*Andrzejewski*  
Firma Supervisor o Interventor

Nombre: ANDREA DEL PILAR HERNÁNDEZ BENÍTEZ  
Documento Identificación: 52.419.497  
Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 21  
Dependencia: GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

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

*Andrzejewski*  
- 2 OCT 2018  
E: 15





# FACTURA DE VENTA

# RE 49115

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM - NIT 86.001.350-3  
GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 007406 2016 - FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR RETENCIÓN N/A E ICA  
RÉGIMEN COMÚN REG. 03-19-06 - 19 AGENTE RETENEDOR DE IVA - COMISIÓN AUTORETENEDORES RESOLUCIÓN DIAN 7234 Ag. 17 05

Copia

Pág. 1 / 1

CLIENTE: **SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

No. NIT: **8605036009**

DIRECCIÓN: **CL 26 # 57 - 83 T. 8 - P 15 CENTRO EMPRESARIAL SARMIENTO  
ANGULO;  
BOGOTA, COLOMBIA;  
Atn. Adriana Galvis;  
Tel. 3487800 Ext. 7797**

Teléfono: **3487800 EXT. 7797**

Email:

Al efectuar el pago por favor citar Número de la Factura

Fecha de Expedición: **05/09/2018**

Fecha de Vencimiento: **A su presentación**

Ev.5251/2018; TORNEOS; 23/08/18; Objeto de Contrato No. 109, Adjunto Informe de Actividades, Desarrollar el Plan de Bienestar laboral e incentivos, dirigidos a los funcionarios de la superintendencia del subsidio familiar

Descripción	Valor	Descuento	% IVA	Total
1 TORNEO INTEREMPRESAS	4,107,983	0	19	4,107,983
IVA 19%				<b>780,517</b>
<b>Total Servicios</b>				<b>4,888,500</b>
<b>Total Descuento</b>				<b>0</b>
<b>Total Depósitos anticipados</b>				<b>0</b>
<b>Total de Devolución</b>				<b>0</b>

\* Ingresos recibidos para terceros

**Por Cobrar**

**4,888,500**

**\*\* (Cuatro Millones Ochocientos Ochenta y Ocho Mil Quinientos 00/100.) \*\* PESOS M/CTE**

Impuestos	Vr. Base	Vr. Impuestos
Iva 19.00%	4,107,983	780,517
<b>TOTAL</b>	<b>4,107,983</b>	<b>780,517</b>

Recibido Por:

Identificación y Firma quien Recibe:

Fecha Recibo:

CAFAM  
Firma Emisor

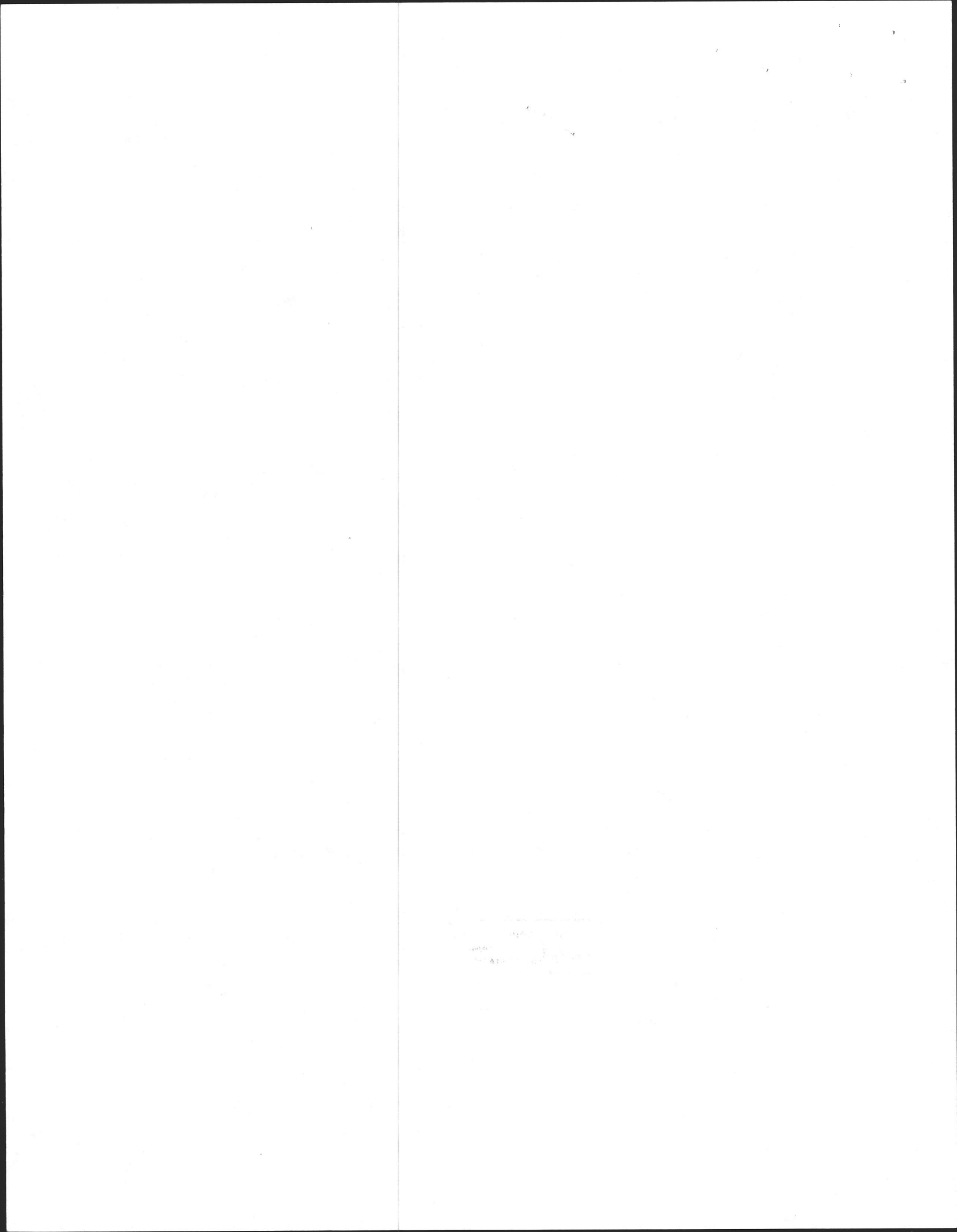
No se acepta reclamaciones pasados Diez (10) días Calendario luego de radicada



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 términos y condiciones". A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio, según Artículo 779 del Código de Comercio.

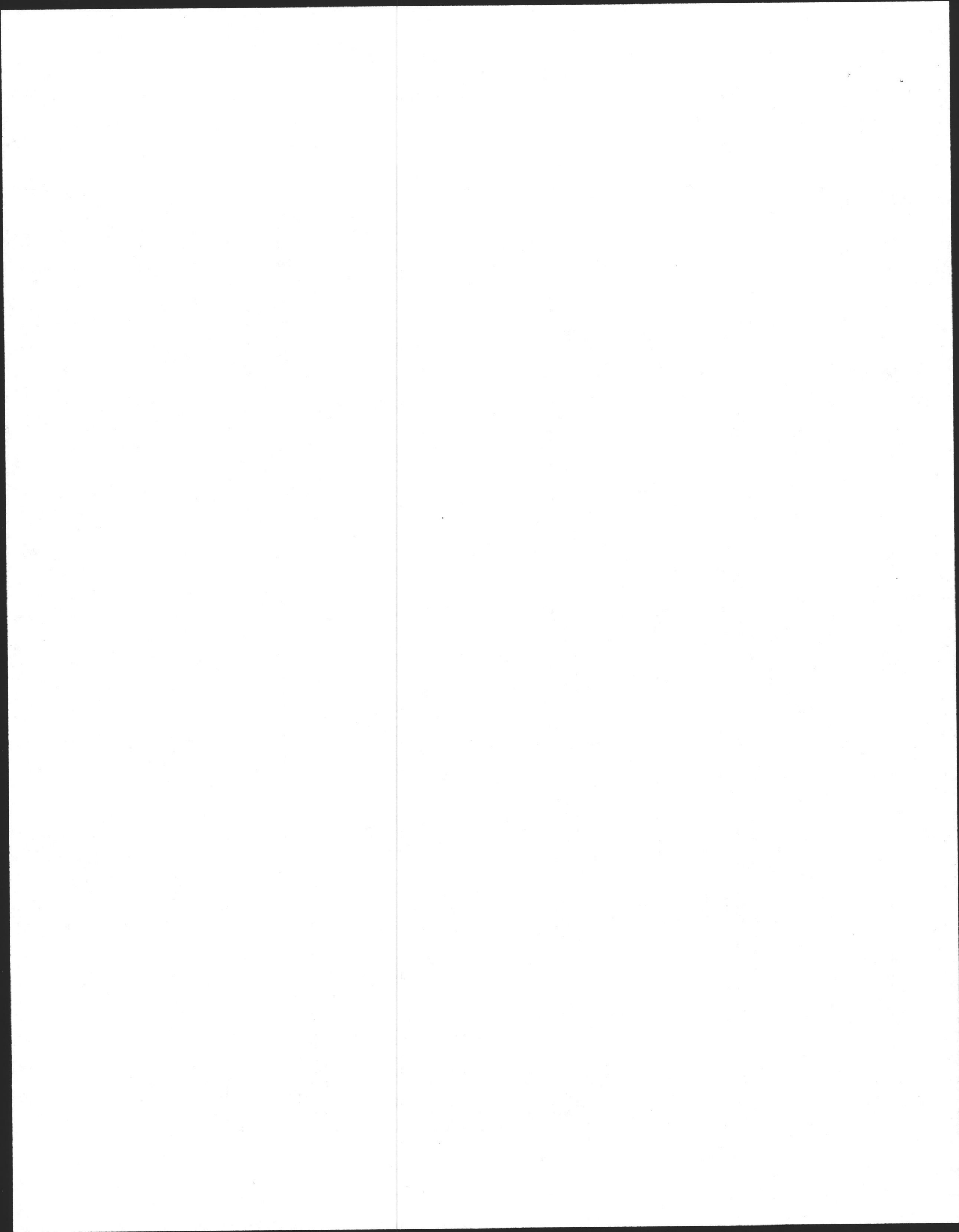
El NO pago de esta factura a su vencimiento causará intereses de mora equivalentes a la tasa máxima moratoria permitida para operaciones comerciales durante el tiempo de mora. Al realizar el pago, asegúrese de registrar en el recibo de consignación el (los) No. (s) de la(s) factura(s).

Impreso por computador Resolución DIAN 18762003196683 de mayo 09/17 hasta mayo 09/19 Numeración RE 44295- RE 100000

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



CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION N° 109 del 31 de Mayo de 2018						
OBJETO DEL CONTRATO:	Desarrollar el Plan de Bienestar Laboral e Incentivos, dirigidos a los funcionarios de la Superintendencia, de acuerdo a los requisitos de la entidad.		FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	31/05/2018	FECHA DEL INFORME:	05/09/2018
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	31/12/2018	PRÓRROGAS:	NA	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	31/12/2018	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 456.056.981	ADICIONES:	NA	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$	456.056.981
Periodo correspondiente del pago:	01/08/2018	31/08/2018	Pago No.:	7	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)	
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	TORNEOS INTEREMPRESAS					
OBSERVACIONES:	\$4.888.500					
 <b>Luz Stella Rodriguez Castiblanco</b> Caja de Compensación Familiar CAFAM						
			<b>Andrea del Pilar Hernández Benítez</b> Supervisora del contrato 			
			Profesional Especializado Coordinadora Grupo de Gestión del Talento Humano Secretaria General - Superintendencia del Subsidio Familiar			
NIT: 860.013.570-3						

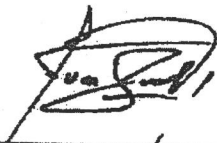


En calidad de Revisor Fiscal Suplente de la  
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM**  
Con Nit. 860.013.570-3

**CERTIFICO:**

1. Que los libros de contabilidad de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM (En adelante CAFAM)** se encuentran registrados en la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN.
2. Que para los efectos de esta certificación he obtenido de la Gerencia la información necesaria y he seguido los procedimientos aconsejados por las normas internacionales de auditoría.
3. Que la auditoría de los estados financieros de CAFAM para la vigencia fiscal 2018, se encuentra en proceso que concluirá con la emisión del dictamen de la revisoría fiscal durante el segundo trimestre del año 2019.
4. He efectuado los procedimientos de revisión con el propósito de verificar el pago efectuado por CAFAM, por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), correspondientes al mes de julio de 2018. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es certificar el cumplimiento de tales obligaciones.

La presente certificación se expide por solicitud del Representante Legal de CAFAM. Dado en Bogotá D.C. a los 4 días del mes de septiembre de 2018.



---

**JUAN CARLOS GARCIA RODAS**  
Revisor Fiscal Suplente  
Tarjeta Profesional No. 33613-T

