

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

No. del Contrato:	010-2017	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 56.000.000	Fecha de trámite:	24 de Mayo de 2017
Fecha suscripción contrato:	23 de Enero de 2017	Nombre del Contratista:	ADOLFO LEON HURTADO DURAN	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	23 de Enero 2017
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	2517 del 16 de Enero 2017	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	24 de Enero 2017	Fecha terminación	24 de Septiembre 2017	Tipo identificación	C.C. No. de identificación: 6.385.897
APOYAR A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIÉN, ESTUDIOS ECONÓMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCIÓN 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNION MESAS DE TRABAJO NIIF. MESA DE TRABAJO DIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE NUEVA PLAN DE CUENTAS, MESA DE TRABAJO INSTRUCTIVO INFORMES DE GESTIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN COMBARRANQUILLA, COMFENALCO CARTAGENA, COMFAMILIAR RISARALDA, RESPUESTA REQUERIMIENTO MEDIDAS ESPECIALES CASO COMFACUNDI VISITA ORDINARIA COMFENALCO ANTIOQUIA, VISITA ESPECIAL COMFENALCO SANTANDER RESOLUCIÓN 0328 MAYO 2017					

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 7.000.000	7		*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.
2	\$ 7.000.000	8		
3	\$ 7.000.000			
4				
5				% EJECUCIÓN 50,0%
6				TOTAL \$ 21.000.000

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 28.000.000	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000			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.	Valor Salud \$ 350.000
Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor Pensión \$ 448.000
	Valor ARL \$ 14.600
	Total Pagos \$ 812.600
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: RAFAEL TRUJILLO CALDERON

Documento Identidad:

Cargo: DIRECTOR DE GESTIÓN DE LAS CCF
Dependencia: SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA GESTIÓN DE LAS CCF

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
24 MAY 2017
9:30

100-47-2

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 010 de 2017					
OBJETO DEL CONTRATO:	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	23 de Enero de 2017	FECHA DEL INFORME:	24/05/2017	
APOYAR A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIEN, ESTUDIOS ECONOMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	8 meses	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	8 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	56,000,000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	56,000,000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 24/04/2017	Hasta: 24/05/2017	Pago No.: 4	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	50.0%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: APOYAR A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SOCIALES COMO TAMBIEN, ESTUDIOS ECONOMICOS, FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y DE OPERACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. VISITA ORDINARIA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COLSUBSIDIO RESOLUCION 022 Y 062 FEBRERO 2017, REUNION MESAS DE TRABAJO NIFF, MESA DE TRABAJO DIRECCION FINANCIERA NUEVA PLAN DE CUENTAS, MESA DE TRABAJO INSTRUCTIVO INFORMES DE GESTION, ELABORACION INFORMES DE GESTION COMBARRANQUILLA, COMFENALCO CARTAGENA, COMFAMILIAR RISARALDA, RESPUESTA REQUERIMIENTO MEDIDAS ESPECIALES CASO COMFACUNDI, VISITA ORDINARIA COMFENALCO ANTIOQUIA, VISITA ESPECIAL COMFENALCO SANTANDER RESOLUCIÓN 0328 MAYO 2017					
OBSERVACIONES: NINGUNA					
Nombre del Contratista: Adolfo León Hurtado Durán		Firma del Supervisor del contrato: Rafael Trujillo Calderon			
C.C. 6,385,897		Cargo y Dependencia donde labora: Superintendencia Delegada para la Gestion de las CCF			



**SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR.
EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
Prestación de Servicios**

**Informe de Actividades No.04-2017
24 de Abril 2017 – 24 de Mayo 2017**

Contratista: ADOLFO LEON HURTADO DURAN

Contrato No.010 - 2017

Objeto: Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en los procesos de inspección vigilancia y control de los servicios y programas sociales como también, estudios económicos, financieros, administrativos y de operación de las cajas de compensación familiar

- Apoyar a la dirección para la gestión de las cajas de compensación familiar en la revisión de los aspectos económicos, financieros, contables administrativos de los entes vigilados, con el fin de poder desarrollar las labores de inspección vigilancia y control que ejerce la superintendencia del subsidio Familiar a las cajas de compensación familiar del país.
- Reunión mesa de trabajo – Dirección Financiera Contable.
- Visita especial Comfenalco Santander Resolución 0328 15 Mayo 2017

ADOLFO LEON HURTADO

Bogotá, 24 de Mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **ADOLFO LEON HURTADO DURAN**, identificado con la cédula de ciudadanía No.6.385.897 de la ciudad de Palmira, 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.010 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



ADOLFO LEON HURTADO DURÁN
C.C. No. 6.385.897 de Palmira

The only

Bogotá D.C, 24 de Mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **ADOLFO LEON HURTADO DURAN** identificado con cédula de ciudadanía número 6.385.897 expedida en Palmira, 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

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
CC	1.113.682.881	JUAN MANUEL GIL RINCON	UNIV AUTONOMA DE CALI

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)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
CC	66.677.518	MARTHA CECILIA RINCON ROJAS	

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

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 corresponden a 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.

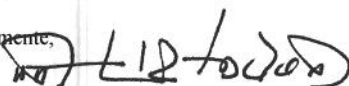
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta.

Soy Declarante de Renta X

Mis ingresos en desarrollo de mi actividad profesional o tecnológica del año anterior es o no son superiores a 4.073 UVT'S.

Atentamente,



ADOLFO LEON HURTADO DURAN

C.C. No. 6.385.897 de Palmira

DIRECCION: CALLE 65B No 86 - 86 APTO 301 INT 3 Bogotá

TELEFONO: 315 557 23 67

Ch. 10. 10. 10.



Fecha creación reporte:	2017-04-03, 02:28:04 PM	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	8838751190
		Periodo Cotización:	mayo de 2017	Referencia pago (PIN):	8873467570
		Periodo Servicio:	mayo de 2017		

GUARDADA 03/04/2017

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A. da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

[illegible]

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldo)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 2 800 000	\$ 2 800 000	\$ 2 800 000	\$ 2 800 000	\$ 0	\$ 448 000	\$ 0	\$ 0	\$ 350 000	\$ 14 700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 812 700	\$ 0	\$ 812 700

Período de cotización salud	
	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
Día hábil de pago sin mora	
16	

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-



(415)7709998485884(8020)8873467570(3900)0000000(96)20991231

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



