

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

No. del Contrato:	CPS 018	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 55.000.000	Fecha de trámite:	26/05/2017
Fecha suscripción contrato:	30 DE ENERO DE 2017	Nombre del Contratista:	JAVIER TOMAS REYES BUSTAMANTE	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	30/01/2017
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	6017 30 DE ENERO DE 2017	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de inicio:	30/01/2017	Fecha terminación	30/12/2017	Tipo identificación	C.C. No. de identificación: 80,180,110
Objeto:	PRESTAR LO SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA APOYAR A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, EN EL MANTENIMIENTO Y MEJOR DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS EN TEMAS JURIDICOS, DE PLANEACIÓN Y DE GESTION DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 5.000.000	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	\$ 5.000.000	8		
3	\$ 5.000.000	9		
4		10		
5		11		% EJECUCIÓN 27%
6		12		TOTAL \$ 15.000.000

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 35.000.000	Factura No.
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 5.000.000			Fecha de la Factura:

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

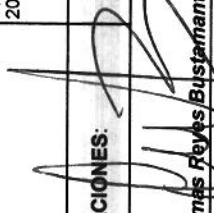
Informe de Actividades:				
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:				
Persona Natural: Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales. Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud \$	444.800	Valor Pensión \$	604.900
	Valor ARL \$	37.300	Valor Total Pagos \$	1.087.000
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)				

Dependencia: Oficina Asesora de Planeación

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

Admision
- 5 JUN 2017
9:20



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN						
CONTRATO DE CPS N° 018 de 2017						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LO SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA APOYAR A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, EN EL MANTENIMIENTO Y MEJOR DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS EN TEMAS JURÍDICOS, DE PLANEACIÓN Y DE GESTIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR.	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	30/01/2017	FECHA DEL INFORME:	26/05/2017	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	PRÓRROGAS:	0		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	De 30 de enero a 30 de diciembre de 2017	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	ADICIONES:	\$55.000.000	0	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$47.500.000	
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/05/2017	Hasta: 30/05/2017	Pago No.: 4	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	35%	
Actividad 1 Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación, en el mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión mediante la realización de análisis en temas jurídicos, de planeación y de gestión integral, que fortalezcan la gestión de la Superintendencia del Subsidio Familiar. 1. Acompañar el adecuado desarrollo de los procesos educativos relacionados con la legislación aplicable y otros requisitos que se suscriban frente el sistema de gestión integral. Actividad 2. Se asesoro jurídicamente a la Oficina Asesora de Planeación a mantener y mejorar el sistema integrado de gestión de la SuperSubsidio Actividad 3. Acompañar los procesos relacionados con el sistema de gestión de la SuperSubsidio. Se inició el proceso para asesorar a la entidad en el proceso y mejora del Sistema Integrado de Gestión, donde la superintendencia tenga acompañamiento de las diferentes cajas de compensación familiar y se inician labores exploratorias para determinar que entidad del estado misionalmente debe acompañar este proceso. Actividad 4. Apoyo en la actualización de los aspectos normativos e institucionales para el portal corporativo de la identidad trabajados en línea con reportes anexos a la carpeta de mi contrato 2017						
OBSERVACIONES:						
 Javier Tomás Reyes Bustamante C.C. 80.180.110						
 Carlos Arlindo Gopar Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)						

Bogotá, 26/05/2017

**Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad**

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **JAVIER TOMAS REYES BUSTAMANTE**, identificada con cédula de ciudadanía número **80.180.110** expedida en **BOGOTA D.C.**, 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 (Adjunto Registro Civil)

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

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) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

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 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:

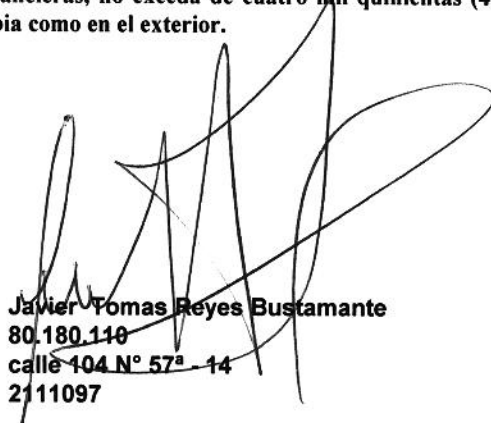
No soy Declarante de Renta. ☐

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,

NOMBRE:
CEDULA O NIT:
DIRECCION:
TELEFONO:


Javier Tomas Reyes Bustamante
80.180.110
calle 104 N° 57ª - 14
2111097

Bogotá, 26 de mayo de 2017

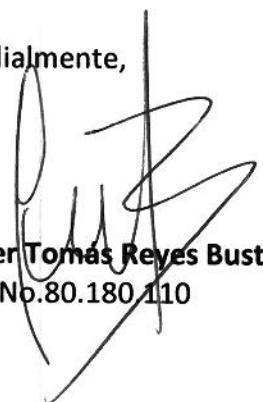
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **JAVIER TOMÁS REYES BUSTAMANTE**, identificado con la cédula de ciudadanía No.**80.180.110**, 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. **CPS 018** de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



Javier Tomás Reyes Bustamante
C.C. No.80.180.110

Información básica de la planilla

Empresa:	Javier Tomas Reyes Bustamante	NIT:	80180110
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2017
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2017
Número de Radicación:	20048017	Total a pagar:	\$1,087,000
Fecha de vencimiento:	04/05/2017	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	22/05/2017	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	259750525

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de Incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	1		\$0	\$37,300
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$604,900
EPS001	830113831	ALIANSA EPS S.A.	1		\$0	\$444,800
						\$1,087,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 20048017, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERIODO A C.A.S. POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERÍODO A ICBF Y SENA

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A MIN. EDUCACION			
VALOR	DÍAS MORA	INT.MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO DE ADMINISTRADORA	PAÑOS DE ICE MAXIMIZANDO	VALOR TOTAL
PENSIONES	656,000	604,500
SALUD	437,500	444,500
REPOSICION DE RECURSOS LABORALES	36,000	37,500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	1,068,100	1,067,500
GRAN TOTAL		

PAG 2 DE 2

