SuperSubsidio

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO — TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECON-004 Versión: 1

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 garantia 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 PROFESIONALESCOMO 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 SEGÚN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 5.000.000	7	
2	$ 5.000.000	8	
3	$ 5.000.000	9	
4		10	
5		11	
6		12	

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 27%

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 almácen 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 proporcion y porfentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud	$ 444.800
	Valor Pensión	$ 604.900
	Valor ARL	$ 37.300
	Total Pagos	**$ 1.087.000**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		

Firma Supervisor (Interventor)
Nombre: Carlos Alirio Gonzales
Documento Identidad: 82,390,492
Cargo: Jefe (E)
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

Adiciones
- 5 JUN 2017
9:20

SuperSubsidio

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO DE CPS Nº 018 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LO SERVICIOS PROFESIONALESCOMO 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.		**FECHA DE SUSCRIPCION 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:	$55.000.000	**ADICIONES:**	**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%**

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:

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 juridicamente 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 misonalmente 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 linea con soportes anexos a la carpeta de mi contrato 2017

OBSERVACIONES:

Javier Tomas Reyes Bustamante	***Carlos Arlirio Gonzales***
C.C. 80.180.110	***Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)***

Adulcio
- 5 JUN 2017

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, articulo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. ___ **Soy Declarante de Renta** _X_

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: Javier Tomas Reyes Bustamante
CEDULA O NIT: 80.180.110
DIRECCION: calle 104 N° 57ª - 14
TELEFONO: 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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

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 Proteccion 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	ALIANSALUD 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.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	80180110	Javier Tomas Reyes Bustamante	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			5	2017	5	2017	20048017	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-25	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 104 No. 57a 14	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6211097		javiertreyes@gmail.com	7490	0	1	2017/05/22	259750525

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS001	830113831-0	437.500	0		0		0	437.500	18	7.300	0	444.800	0		0	0	444.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	560.000	0	0	35.000	18	9.300	600	604.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

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

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-25	800226175-3	36.600		0	0	36.600
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
18	700	37.300		0	366	37.300

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE ICE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	595.000	604.900
SALUD	437.500	444.800
RIESGOS LABORALES	36.600	37.300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.069.100	1.087.000

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSTITO CONCEPTO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	80180110	REYES BUSTAMANTE JAVIER TOMAS	EPS001	230301																				3.500.000	3.500.000	0	3.500.000	0			560.000	35.000	0	437.500	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información