

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA			
No. del Contrato:	12	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 42.000.000
Fecha suscripción contrato:	Enero 29 de 2016	Nombre del Contratista:	OSCAR MAURICIO ROA ESTÉVEZ
Requiere Acta de Inicio	SI	No. De Registro Presupuestal:	6216/2016
Fecha Acta de Inicio:	Enero 29 de 2016	Fecha terminación	Julio 29 de 2016
Objeto:	Apoyar a la Dirección para la Gestión Financiera y Contable en los procesos de inspección, vigilancia y control de los servicios y programas sociales como también, estudios económicos, financieros, administrativos y de operación de los servicios y programas sociales de las Cajas de Compensación Familiar.		
		Fecha de trámite:	Junio 1 de 2016
		Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	Enero 29 de 2016
		Fuente de los Recursos	Funcionamiento
		C.C.	No. de identificación: 79.613.937

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 7.000.000	7	
2	\$ 7.000.000	8	
3	\$ 7.000.000	9	
4	\$ 7.000.000	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	68,33%
		TOTAL	\$ 28.000.000

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	
No. Del pago	5
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 700.000
SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 13.300.000
Factura No.	
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:	
Valor Salud	\$ 350.000
Valor Pensión	\$ 476.000
Valor ARL	\$ 14.600
Total Pagos	\$ 840.600
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.	
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

[Firma]

Firma Supervisor o Interventor
Nombre: Rubén Dario Cordoba Victoria
Documento Identidad:
Cargo:
Dependencia:

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

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N° 12 de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:	Apoyar a la Dirección para la Gestión Financiera y Contable en los procesos de inspección, vigilancia y control de los servicios y programas sociales como también, estudios económicos, financieros, administrativos y de operación de los servicios y programas sociales de las Cajas de Compensación Familiar.			FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:	Enero 29 de 2016	FECHA DEL INFORME:	Junio 1 de 2016
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	6 meses	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:			6 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$42,000,000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:			\$42,000,000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 29/05/2016	Hasta: 31/05/2016	Pago No.: 5	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:			68,33%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	* Revisión respuestas dadas por la Caja de Compensación Familiar Comfenalaco Valle de avance del PDM. * Elaboración informes financieros de seguimiento del 1er trimestre de 2016, de las Cajas de Compensación Familiar:: 1. COMFANDI 2. CAJASAI 3. COMCAJA						
OBSERVACIONES:	Asistencia a una reunión programadas por la Dirección Financiera Contable.						
Nombre del Contratista: Oscar Mauricio Roa Estévez				Firma del Supervisor del contrato: Ruben Dario Córdoba Victoria			
C.C. 79,613,937				Cargo y Dependencia donde labora: Dirección Financiera y Contable - Delegada de Gestión			

Recibido
Hacer Hoja
2-06-16

Último ingreso exitoso: 2016-05-27 / 11:38:07 AM | Último ingreso fallido: 2016-05-10 / 07:54:40 PM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Transar	Cesantías	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	---------	-----------	-------

Periodo Pensión: Mayo 2016. Periodo Salud: Mayo 2016.

Junio 1 de 2016 / 12:15 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	OSCAR MAURICIO ROA ESTEVEZ	Nit:	79613937
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Mayo 2016
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Mayo 2016
Número de radicación:	11863822	Total a pagar:	\$841,300
Fecha de vencimiento:	10/05/2016	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	11/05/2016	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9996600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número de aprobación:	197022903
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descuento en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0.00	\$14,600
231001	800227940	Colfondos	1		\$0.00	\$476,400
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0.00	\$350,300
						\$841,300

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

[»Lista de planillas](#)

Le informamos que el pago de la planilla No. 11863822, fue posterior a la fecha limite 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[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

110

Bogotá, 1 de junio de 2016

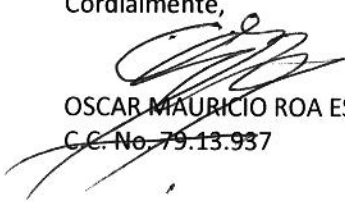
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, OSCAR MAURICIO ROA ESTÉVEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.613.937, 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.12 de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,


OSCAR MAURICIO ROA ESTÉVEZ
C.C. No. 79.13.937

Bogotá. D.C., 1 de junio de 2016

Doctora
LUZ MARY CORONADO MARÍN
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetado doctor:

En cumplimiento con lo dispuesto en el párrafo 4º del artículo 3º del Decreto No. 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleado conforme al artículo 10 de la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012, y lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea manifiesto que:

SI ☒ NO ☐ estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI ☒ NO ☐ de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior, provienen SI ☒ NO ☐ de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en dicho periodo fiscal.

Que mis ingresos totales del año gravable inmediatamente anterior superaron SI ☐ NO ☒, cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago a un (1) día del mes de junio de 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,


OSCAR MAURICIO ROA ESTÉVEZ
C.C. 79.613.937

