

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA						
Nº de Contrato	038 2017	Valor total del Contrato en moneda modificatoria de la aplica	5	48 000 000	Fecha de emitte	15/07/2017
Fecha suscripción contrato	15/07/2017	Nombre del Contratista	Mauro Echeverry Manilla		Fecha de aprobación de la garantía única si aplica	15 de Febrero de 2017
Requiere Acta de Inicio	1	Nº De Registro Presupuestal	8047 del 15 de Febrero de 2017		Fuente de los Recursos	Fundacionmto
Fecha Acta de Inicio	15 de Febrero de 2017	Fecha terminación	15 de Octubre de 2017		Tipo limitación	C.S. No de limitación 17.584.914
Objeto	Activar a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa a las Unidades Especiales como Ente Controlador legal de las casas de Compensación Familiar, adelantando el tramite sustanciando únicamente las diferentes subdirecciones e investigaciones de carácter administrativo propios de la dependencia, que de sustentar los caudales a los informes de visita especial y ordinaria, que así y demás denuncias que sean puestas en conocimiento de la Delegada.					

2 PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACION DE PAGO DE SIIF NACIÓN

PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACION DE PAGO DE SIIF NACION			
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	5	7	
2	6,000,000	8	
3		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.

% EJECUCION 0%

TOTAL

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

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN				
No. del pago	2	SALDO PENDIENTE ACEPTAR	\$	
valor a pagar incluido IVA	\$	6,000,000		
		36,000,000		
		Factura No.		40
		Fecha de la Factura		40

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

COPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRANSITAR EL PAGO									
Planes de Actividad									
Sección de Informática: Pago de la cuota de licencia de software por el proveedor Administrativo de la Coordinación	<table border="1"> <tr> <td>Valor Sueldo</td> <td>\$ 500.000</td> </tr> <tr> <td>Valor Pensión</td> <td>\$ 364.000</td> </tr> <tr> <td>Valor ARL</td> <td>\$ 12.400</td> </tr> <tr> <td>Total Pagos</td> <td>\$ 876.400</td> </tr> </table>	Valor Sueldo	\$ 500.000	Valor Pensión	\$ 364.000	Valor ARL	\$ 12.400	Total Pagos	\$ 876.400
Valor Sueldo	\$ 500.000								
Valor Pensión	\$ 364.000								
Valor ARL	\$ 12.400								
Total Pagos	\$ 876.400								
persona Natural: Coste de pago de aporte a la Afp Personero y Seguro Social Nota: Los valores netos de esta categoría deben ser verificados de acuerdo a la cotización de la compañía aseguradora de la Norma									
persona jurídica: Coste de pago de aporte a Sistema de Seguridad Social Interpensionero y Seguro de Accidentes y Enfermedades									

[illegible]

7 MAR 67 5 39 AM GMT

Firma Supervisor o Interventor

Nombre:

Documento Identidad:

Cargos

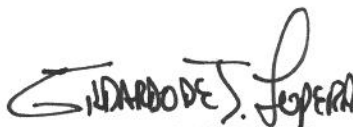
Nonendria

Calle 45 A No. 9-46 PBX 3487800 Bogotá Colombia

Calle 45 A No. 9-46 PBX 3487800 Bogotá Colombia
 Línea Central Nacional 018000910110 en Bogotá D.C. 3487777

e-mail

Adunio
- 5 ABR 2017
4:15

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 038 de 2017		
OBJETO DEL CONTRATO: Apoyar a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales como Ente Control legal de las cajas de Compensación Familiar, adelantando el trámite y sustanciando jurídicamente las diferentes preliminares e investigaciones de carácter administrativo propios de la dependencia, que se surtan con ocasiones a los informes de visita especial u ordinaria quejas y demás denuncias que sean puestas en conocimiento de la Delegada.		
Periodo: Del 15 de marzo de 2017 al 15 de Abril de 2017	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: 25%	25.00%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: Reporte de actividades ejecutadas en el periodo del 15 de marzo al 15 de abril de 2017	1. Mediante expediente No.497/2017/PGEN de fecha seis (06) de Marzo de 2017, se profirió Auto por medio del cual se da apertura a una averiguación preliminar, por las presuntas irregularidades expuestas conforme a los hechos indicados en el presente acto administrativo y acaecidos en la Caja de Compensación Familiar del Sur del Tolima CAFASUR, donde se ordena al Director Administrativo de la Corporación, que allegue la información requerida por este Despacho para poder ordenar la respectiva práctica de pruebas. 2. El día veintiocho (28) de febrero de 2017, a través del Exp No.1463/2017/PGLN, se requiere al director de la Caja de Compensación Familiar de la Guajira COMI AGUAJIRA, para que de cumplimiento a la solicitud de información requerida por esta unidad. 3. a través del Exp No.1479/2017/PGEN, el dos (2) de marzo de 2017 se requiere al director de la Caja de Compensación Familiar compensar COMPENSAR, para que de cumplimiento a la solicitud de información requerida por esta unidad. 4. a través del Exp No.1722/2017/PGEN, el dos (2) de marzo de 2017 se requiere al director de la Caja de Compensación Familiar de Casanare COMFACASANARE, para que de cumplimiento a la solicitud de información requerida por esta unidad. 4. mediante resolución No. 0186 de 24 de marzo de 2017, fui comisionado a la Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR, del 27 al 31 de marzo con el fin de realizar visita especial para continuar con adopción de la medida de intervención administrativa adoptada mediante resolución No. 0129 del 07 de marzo de 2017, la comisión en mención fue prorrogada hasta el día diecisiete (17) de abril de 2017.	
Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente.		
 MAURO ECHEVERRY MANTILLA 17 584 014	 GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA Superintendente Delegado	

Bogotá, 13 de Abril de 2017

Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **MAURO ECHEVERRY MANTILLA**, identificado con la cédula de ciudadanía N° **17.584.914** expedida en la ciudad de Arauca, pretendo 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 N°. 038 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



MAURO ECHEVERRY MANTILLA
CC. No. 17.584.914 de Arauca.
Celular. 316-6236739

84

Documento	CC 17584914
Razón Social	MAURO ECHEVERRY MANTILLA
Sucursal	Principal
Fecha de Pago	2017-03-08 16:07:13.933
Periodo Cotización:	SALUD: 3-2017 OTROS: 3-2017
Estado de la Transacción	OK
Banco	1013
Código de la Transacción	246101041
Número de Certificación	FF97AE8E-08A9-4C54-805B-670A7C5F0D5C
Número de Planilla	6643151
Valor de la transacción	\$696,600.00

Página 1 de 1



FF97AE8E-08A9-4C54-805B-670A7C5F0D5C

Bogotá D.C., 13 de Abril de 2017

Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **MAURO ECHEVERRY MANTILA**, identificado con cédula de ciudadanía número **17.584.914** expedida en Arauca, 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
TI	1 006 455 542	ECHEVERRY GARCIA SARA VALENTINA	14

2 Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
C C	1.116 794 835	ECHEVERRY GARCIA YESICA ALEJANDRA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA

3 Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

4 Conyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
C C	68 288 169	GARCIA DIAZ BLANCA EMELINA	AUSENCIA DE INGRESOS

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 ☒ X superiores a 4 073 UVT S

Atentamente,


NOMBRE: MAURO ECHEVERRY MANTILLA
CEDULA O NIT: 17.584.914
TELEFONO: 316-6236739

6703403

6703403

6703403

6703403

6703403

6703403

6703403

Planilla No. 664:

po	Número Identificación	Nombre o Razón Social			Sucursal / Dependencia	Salud	Pensiones Rescates CCE - SENA - OJEF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Nombre ARP	Tipo Planilla	Exento Parafisc.	Bene
C	17584914	MAURO ECHEVERRY MANTILLA			Principal	2017-03	2017-03	PRIVADO	1	14-23	POSITIVA	1	NO	N/
Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Cod	Teléfono	Fax	Correo Electrónico			Actividad Económica		Total Colizantes	Fecha Pago	Nº Radica
RB VILLA MARIA	ARAUCA	473	ARAUCA	81	625147E	6251478	PILASCONFIABLES@GMAIL.COM			8552		1	2017-03-09	24610

[illegible]

Item	BC Saldo	BC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALD	APORTES RESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	AC-CRÉDITOS CÓMP. A. N. SEGURIDAD ESS	PROYECTOS DE OBRAS SALUD Y AP	PROYECTOS DE OBRAS SALUD Y AP	TOTAL INGRESOS DE NORA	TOTAL EGRESOS DE NORA	TOTAL
1990	12.420.000,00	0,00	384.400,00	300.000,00	12.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	695.800,00	0,00	6