

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

No. del Contrato:	49	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 52.500.000	Fecha de trámite:	11 DE JULIO DE 2016
Fecha suscripción contrato:	MAYO 5 DE 2016	Nombre del Contratista:	WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	SI
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	17316	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:	10/05/2016	Fecha terminación	25 DE DICIEMBRE DE 2016	Tipo Identificación	No. de Identificación: 17588852
Objeto:	0				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACION DE PAGO DE SHF 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		8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		
			% EJECUCIÓN	13%
			TOTAL	\$ 7.000.000

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

No. Del pago	2	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 38.500.000	Factura No.	Nº
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 7.000.000			Fecha de la Factura:	Nº

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 \$ 476.000 Valor Pensión \$ 350.000 Valor ARL \$ 14.600 Total Pagos \$ 840.600
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	

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

GUARDO DE JESUS LOPERA
Firma Supervisor o Interventor

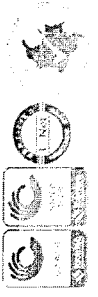
Nombre: GIRALDO DE JESUS LOPERA LOPERA

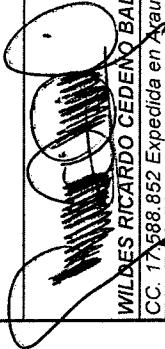
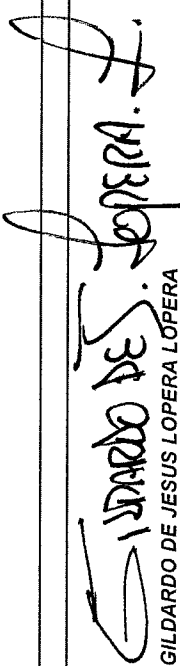
Documento Identidad: 15382304

Cargo: Superintendente Delegado

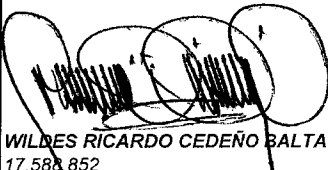
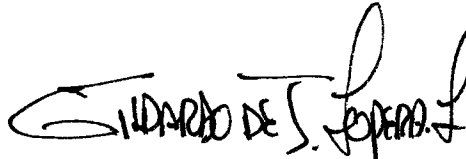
Dependencia: Delegado para Responsabilidad Admi

Asesora
11 JUL 2016
0:20



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 049 del 10 de Mayo de 2016					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR los servicios profesionales en Derecho en la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y Medidas Especiales, sustanciando los diferentes procedimientos administrativos propios de esa dependencia en cumplimiento del control legal a los entes vigilados.	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	05/05/2016	FECHA DEL INFORME:	10/07/2016
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	10/05/2016	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	25/12/2016
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	52.500.000	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	52.500.000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 10/06/2016	Hasta: 10/07/2016	Pago No.: 2	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:	34%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. El día 14 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de CAFAMAZ. 2. El día 17 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de COMFAGUAJIRA. 3. El día 20 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de CAFAMAZ. 4. El día 1 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de Comfenalco Tolima. 5. El día 5 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de Comfenalco Tolima. 6. El día 8 de Julio de 2016, requerimos al revisor fiscal de la Caja de Compensación de Barranca Bermeja CAFABA para que de la respuesta al oficio 2-2015-013576 de fecha 7 de septiembre de 2015.				
OBSERVACIONES:					
 WILDES RICARDO CEDENO BALTA CC. 17.588.852 Expedida en Acauca			 GILDARDO DE JESUS LOPERA Superintendente Delegada		



CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 043 de 2015		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios profesionales en Derecho en la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y Medidas Especiales, sustanciando los diferentes procedimientos administrativos propios de esa dependencia en cumplimiento del control legal a los entes vigilados.		
Periodo: Del 10 de Junio de 2016 al 10 de Julio de 2016	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: %	34,00%
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: Reporte de actividades ejecutadas en el periodo del 10 de Junio al 10 de julio de 2016.	1. El día 14 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de COMPENSAR. El día 17 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de COMFAGUAJIRA. 3. El día 20 de Junio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de CAFAMAZ. 4. El día 1 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de Comfenalco Tolima. 5. El día 5 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el Art. 47 de la ley 1437 de 2011, dispusimos iniciar un Procedimiento de Averiguación Preliminar en la cual se ordenaron pruebas a cargo de Comfacasanare.	
Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente.	1. El día 8 de Julio de 2016, requerimos al revisor fiscal de la Caja de Compensación de Barranca Bermeja CAFABA para que dé la respuesta al oficio 2-2015-013576 de fecha 7 septiembre de 2015.	
 WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA 17.582.852 10 de Julio de 2016  GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA Superintendente Delegada		

Bogotá D.C, 10 de Julio de 2016

Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, **WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA**, identificada con cédula de ciudadanía número **17.588.852** 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	1.116.776.321	JULIO CESAR CEDEÑO MILLER	11 Años
TI	1.006.454.292	RICARDO ANDRES CEDEÑO MILLER	14 Años
TI	990321-12877	MAIRA ESTEFANIA CEDEÑO ROBAYO	17 Años

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)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

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 ☐

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

Atentamente,


NOMBRE: **WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA**
CEDULA O NIT: **17.588.852**
TELEFONO: **315-3165879**

Bogotá, 10 Julio de 2016

Señores,
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, **WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA**, identificado con la cédula de ciudadanía N° **17.588.852** expedida en 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°. 049 del 10 de mayo de 2016 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA
CC. 17.588.852 Expedida en Arauca
Celular 315-3165879

Bogotá DC, 10 Julio de 2016

Doctora,

LUZ MARY CORONADO MARIN

Secretaria General Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetada doctora:

En cumplimiento con lo dispuesto en el parágrafo 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 X estoy obligado(a) a presentar declaración del impuesto sobre la renta.

Que mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen SI X 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 X 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 X, cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT.

Esta declaración la hago a los ocho (8) días del mes de Junio del año 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,



WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA

CC. 17.588.852 Expedida en Arauca

Celular. 315-3165879



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 10:14:53 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: junio de 2016 Período Servicio: junio de 2016 Número Planilla: 8800415450
Referencia pago (PIN): 8857764200

PAGADO 02/06/2016 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILDES RICARDO CEDENO
Documento	CC17588852
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA
Representante Legal	CEDENO WILDES
Total Afiliados	1
Dirección	CRA 14 A 37 46
Teléfono	3153165879
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	CC 17588852
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Afectos y Nombres	Tipo Cotización	Saldo Cotizante	Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
				RET	DET	TAF	TAP	VSA	GOA	VSA	VSA	VSA	VSA	VSA	VSA	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgo	Aporte Riesgo	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC ESAP	Aporte ESAP	
CC 17588852	WILDES RICARDO CEDENO	03	00													(202001) PORVENIR	\$ 2.800.000	\$ 476.000	(EPS003) CAFESALUD EPS	\$ 2.800.000	\$ 350.000	0,322	\$ 2.800.000	\$ 14.600	(NNLCC) NINGUNA CCF		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 840.600

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.800.000	IBC Salud	\$ 2.800.000	IBC Riesgos	\$ 2.800.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 476.000	Aportes Salud	\$ 350.000	Aportes Riesgos	\$ 14.600	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sana	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	(Incapacidades, Salidas a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 840.600	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 840.600
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--------------------------------------	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

COLSUBSIDIO

MARLY

DOCUMENTO S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO

NIT : 900.097.333-9

CODIGO : 20596

FORMULA : 8859935160

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	840600
			840600

DOCUMENTO



160708000145700
CONSECUTIVO: 001

JUL 08, 16 10:32

08/JUL/2016 10:34 1438 01 0042 3979579
(COPIA CLIENTE)

Simple

PAGOSIMPLE |

Prefectura

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 10:10:50 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: julio de 2016

Periodo Servicio: julio de 2016

Número Planilla: 8805564430

Referencia pago (PIN): 8859935160

GUARDADA 02/06/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILDES RICARDO CEDENO
Documento	CC17588852
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA
Representante Legal	CEDENO WILDES
Dirección	CRA 14 A 37 46
Teléfono	3153165879
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	CC17588852
Total Afiliados	1

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.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud		Riesgos			Cajas		Parafiscales			Total				
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotización	Salvo Cotización	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte BENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC: 17588852	CEDENO BALTAZARES RICARDO		03	00														\$ 2.800.000	\$ 476.000	\$ 2.800.000		\$ 2.800.000	\$ 350.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 14.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.840.600

III. TOTALES

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.800.000	IBC Riesgos	\$ 2.800.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 476.000	Aportes FSP	\$ 14.000	Aportes FSS	\$ 14.000	Aportes Salud	\$ 350.000	Aportes Riesgos	\$ 14.600	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 11.800	Incapacidades ARP	\$ 0	Incapacidades Licencias Saldo	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE INTERESES DE INTERESES	\$ 840.600	TOTAL FINAL	\$ 840.600
-------------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	-------------	-----------	-------------	-----------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	-----------	-------------------	------	-------------------------------	------	--	------------	-------------	------------

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora												Periodo de cotización salud												Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
8																								☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐				☐			

Cafam-Colsubsidio-Mercadogruerías Cafam-Colsubsidio-



8888599351600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-



(415)7709998485884(8020)8859935160(3900)0000000(96)20991231

Líneas de Servicio Fonosimple: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 0180000 971 971 -

(Más que Fácil, SIMPLE)

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

