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:	49	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 52.500.000	Fecha de trámite:	10 agosto de 2016	
Fecha suscripción contrato:	mayo 5 de2016	Nombre del Contratista:	WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA	Fecha de aprobación de la garantia 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	25/12/2016	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación: 17588852
Objeto:	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 alos entes vigilados.					

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 7.000.000	7	
2	$ 7.000.000	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.

% EJECUCIÓN 27%

TOTAL $ 14.000.000

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

No. Del pago	3	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	$ 31.500.000	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 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	$ 350.000
	Valor Pensión	$ 476.000
	Valor ARL	$ 14.600
	Total Pagos	$ 840.600
Persona Juridica: 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

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA

Documento Identidad: 15382304

Cargo: Superintendente Delegado

Dependencia: Delegado para la Responsabilidad A

11 AGO 2016

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nº 049 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 alos entes vigilados.		
Periodo: Del 10 de Julio de 2016 al 10 de Agosto de 2016	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: %**	**45,00%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: Reporte de actividades ejecutadas en el periodo del 10 de Julio al 10 de Agosto de 2016.	**1.** El día 21 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el 2595 del 2012, proferimos pliego de cargos en contra del Director Administrativo y Revisor Fiscal de la Caja de Compensacion Familiar del Choco Comfachoco. **2.** Mediante memorandos 2-2016-010891 y 2-2016-010893 de fecha 22 de Julio de 2016, se libraron comunicaciones al Director y Revisor Fiscal de la Caja para efectos de Notificacion Personal. **3.** El dia 27 de Julio de 2016, conforme lo previsto en el decreto 2595 de 2012, proferimos pliego de cargos contra el Director Administrativo y Revisor Fiscal de la Caja de Compensación familiar de Risaralda Comfamiliar Risaralda. **4.** Mediante memorandos 2-2016-011415 y 2-2016-011416 de fecha 8 agosto de 2016, se libraron comunicaciones al Director y Revisor Fiscal de la Caja de Compensacion de Risaralda Comfamiliar Risaralda para Efectos de Notificacion personal del pliego de cargos proferido en contra de ellos. **5.** A traves del memorando 2-2016-011079 del dia 27 de Julio de 2016, conforme lo ordenado en la averiguación preliminar del dia 20 de Junio de 2016, requerimos por segunda vez al Director Administrativo de la Caja de Compensacion Familiar de Amazonas Cafamaz para que allegra la información que omitió entregar a este Ente de Control.	
Incluya cualquier otra observación, obligación o producto que se considere importante dejar la anotación correspondiente.	**1.** El día 11 Julio de 2016, asistimos y participamos en la capasitación del MECI Modelo especial de Control Interno. **2.** El dia 1° de Agosto de 2016, aistimos y participamos en la capasitacion del sistema de Gestion de Calidad conforme al decreto 4110 de 2004. **3.** El dia 4 de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la Capasitacion en Contratacion Estatal conforme al Art. 209 de la CP y la ley 80 de 1993 modificada por el decreto 1150 de 2007.	

WILDES RICARDO CEDEÑO BALTA
17.588.852
10 de Agosto de 2016

GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA
Superintendente Delegada

11 AGO 2016
Recibí

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 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:**	**10/08/2016**
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: 10/07/2016**	**Hasta: 10/08/2016**	**Pago No.:** 3	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	**45%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	**1.** El día 21 de Julio de 2016, conforme a lo dispuesto en el 2595 del 2012, proferimos pliego de cargos en contra del Director Administrativo y Revisor Fiscal de la Caja de Compensacion Familiar del Choco Comfachoco. **2.** Mediante memorandos 2-2016-010891 y 2-2016-010893 de fecha 22 de Julio de 2016, se libraron comunicaciones al Director y Revisor Fiscal de la Caja para efectos de Notificacion Personal. **3.** El dia 27 de Julio de 2016, conforme lo previsto en el decreto 2595 de 2012, proferimos pliego de cargos contra el Director Administrativo y Revisor Fiscal de la Caja de Compensación familiar de Risaralda Comfamiliar Risaralda. **4.** Mediante memorandos 2-2016-011415 y 2-2016-011416 de fecha 8 agosto de 2016, se libraron comunicaciones al Director y Revisor Fiscal de la Caja de Compensacion de Risaralda Comfamiliar Risaralda para Efectos de Notificacion personal del pliego de cargos proferido en contra de ellos. **5.** A traves del memorando 2-2016-011079 del dia 27 de Julio de 2016, conforme lo ordenado en la averiguación preliminar del dia 20 de Junio de 2016, requerimos por segunda vez al Director Administrativo de la Caja de Compensacion Familiar de Amazonas Cafamaz para que allegra la información que omitió entregar a este Ente de Control.				
OBSERVACIONES:	**1.** El día 11 Julio de 2016, asistimos y participamos en la capasitación del MECI Modelo especial de Control Interno. **2.** El dia 1° de Agosto de 2016, aistimos y participamos en la capasitacion del sistema de Gestion de Calidad conforme al decreto 4110 de 2004. **3.** El dia 4 de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la Capasitacion en Contratacion Estatal conforme al Art. 209 de la CP y la ley 80 de 1993 modificada por el decreto 1150 de 2007.				

WILDES RICARDO CEPEDA BALTA	*GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA*
CC. 17.588.852 Expedida en Arauca	*Superintendente Delegada*

Bogotá D.C, 10 de Agosto 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, articulo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

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

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

Bogotá, 10 Agosto 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 Agosto 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 diez (10) días del mes de Agosto 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 | Prefactura

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 10:10:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8805564430

Periodo Cotización: julio de 2016 **Periodo Servicio:** julio de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8859935160

GUARDADA 02/06/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

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

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil 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 Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 17588852	CEDENO BALTA WILDES RICARDO	03	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 2.800.000	$ 476.000	CAFESALUD EPS	$ 2.800.000	$ 350.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 2.800.000	$ 14.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 840.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 2 800 000	$ 2 800.000	$ 2 800 000	$ 0	$ 476.000	$ 14.000	$ 14.000	$ 350.000	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 840.600	$ 0	$ 840 600

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
8

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888599351600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

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

Lineas 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: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2016-08-02, 01:22:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8808447250

Periodo Cotización: agosto de 2016 **Periodo Servicio:** agosto de 2016 **Referencia pago (PIN):** 8861164340

GUARDADA 08/07/2016

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILDES RICARDO CEDENO				
Documento	CC17588852	**Dirección**	AV CARACAS # 49 55 APT 322		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153165879		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CEDENO WILDES	**Identificación**	CC17588852		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil 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 Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 17588852	CEDENO BALTA WILDES RICARDO	03	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 2.800.000	$ 476.000	CAFESALUD EPS	$ 2.800.000	$ 350.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 2.800.000	$ 14.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 840.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 0	$ 476.000	$ 14.000	$ 14.000	$ 350.000	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 840.600	$ 0	$ 840.600

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
8

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888611643400000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8861164340(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: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!