



SuperSubsidio

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

MINTRABAJO

Código: FO-CID-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 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	25/12/2016	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 a los entes vigilados.				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIF 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	\$ 7.000.000	8		
3		9		
4		10		
5		11		
6		12		% EJECCIÓN 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 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	\$ 350.000
Valor Pensión	\$ 476.000
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

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA

Documento Identidad: 15382304

Cargo: Superintendente Delegado

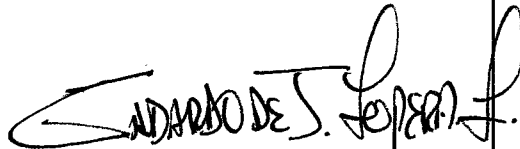
Dependencia: Delegado para la Responsabilidad A

11 AGO 2016



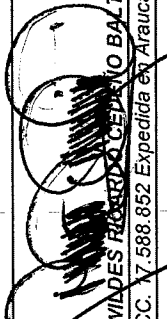
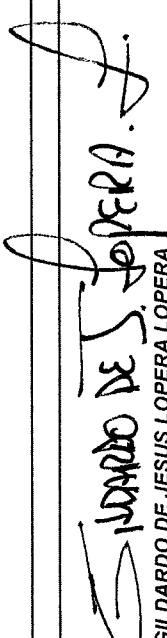


INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 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 a los 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 Compensación 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 Notificación Personal. 3. El día 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 Compensación de Risaralda Comfamiliar Risaralda para Efectos de Notificación personal del pliego de cargos proferido en contra de ellos. 5. A través del memorando 2-2016-011079 del día 27 de Julio de 2016, conforme lo ordenado en la averiguación preliminar del día 20 de Junio de 2016, requerimos por segunda vez al Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar de Amazonas Cafamaz para que allega 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 capacitación del MECI Modelo especial de Control Interno. 2. El día 1° de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la capacitación del sistema de Gestión de Calidad conforme al decreto 4110 de 2004. 3. El día 4 de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la Capacitación en Contratación Estatal conforme al Art. 209 de la CP y la ley 80 de 1993 modificada por el decreto 1150 de 2007.	
 WILLES RICARDO CEDENO BALTA 17.588.852 10 de Agosto de 2016  GILDARDO DE JESUS LOPERA LOPERA Superintendente Delegada		

11 AGO 2016

Recibido

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:	10/08/2016
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, preferimos pliego de cargos en contra del Director Administrativo y Revisor Fiscal de la Caja de Compensación Familiar del Choco Comfahchocho. 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 Notificación Personal. 3. El día 27 de Julio de 2016, conforme lo previsto en el decreto 2595 de 2012, preferimos 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 Compensación de Risaralda Comfamiliar Risaralda para Efectos de Notificación personal del pliego de cargos proferido en contra de ellos. 5. A traves del memorando 2-2016-011079 del día 27 de Julio de 2016, conforme lo ordenado en la averiguación preliminar del día 20 de Junio de 2016, requerimos por segunda vez al Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar de Amazonas Cafamaz para que allega la información que omitió entregar a este Ente de Control.				
OBSERVACIONES:	1. El día 11 Julio de 2016, asistimos y participamos en la capacitación del MECI Modelo especial de Control Interno. 2. El día 1° de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la capacitación del sistema de Gestion de Calidad conforme al decreto 4110 de 2004. 3. El día 4 de Agosto de 2016, asistimos y participamos en la Capacitación en Contratación Estatal conforme al Art. 209 de la CP y la ley 80 de 1993 modificada por el decreto 1150 de 2007.				
 WILFREDO RICARDO CEPEDA BALTA CC. 7.588.852 Expedida en Arauca		 GILDARDO DE JESUS LOPERA 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.

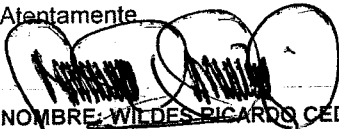
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de Enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de Mayo 28 de 2013, manifiesto que:

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 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 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 CEDENO BALTA

CC. 17.588.852 Expedida en Arauca

Celular. 315-3165879

Simple

PAGOSIMPLE |

Prefectura

Fecha creación reporte: 2016-07-08, 10:10:50 AM Tipo Planilla: 1: 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	CC-17588852
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										Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Sueldo Cotizante	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	Total
CC 17588852	CEDENO BALTA WILDES RICARDO	03	00																			\$ 840.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes FSS	Aportes FSP	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades	Incapacidades	Subtotal Sin Intereses de Intereses	TOTAL FINAL
\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 0	\$ 476.000	\$ 0	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 476.000	\$ 0	\$ 14.600	\$ 14.600	\$ 350.000	\$ 2.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 840.600	\$ 840.600

IV. INFORMACION

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

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-



8888599351600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-



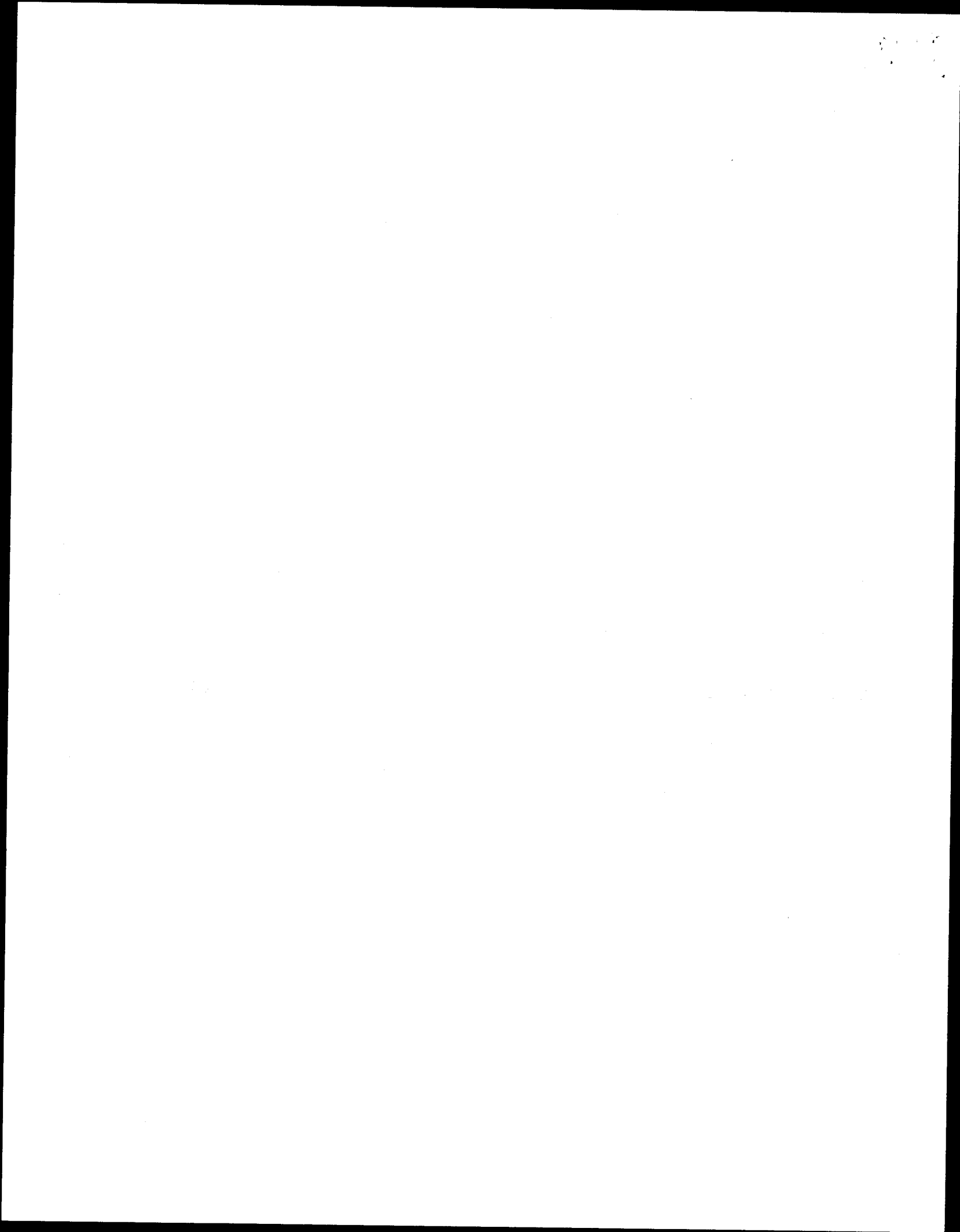
(415)709998485884(8020)8859935160(3900)0000000(96)20991231

Página 1 de 1

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: 0180000 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!



Simple

PAGOSIMPLE | Prefectura

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
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA
Representante Legat	CEDENO WILDES
Dirección	AV CARACAS # 49 55 APT 322
Teléfono	3153165879
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
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 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 Aportante		Novedades				Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Subpo Contable	Tip Contable	Subpo Contable	Tip Contable	Administradora	BC Pension	Aporte Pension	BC Salud	Aporte Salud	Administradora	BC Caja	Aporte Caja	Administradora	BC Caja	Aporte Caja	Administradora	Total
CC 17588852	CEDENO BALTA WILDES RICARDO	03	00	00	00	POPREVIR	\$ 2.800.000	\$ 476.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 2.800.000	\$ 840.600

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.800.000	IBC Salud	\$ 2.800.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 476.000	Aportes Salud	\$ 14.000	Aportes FSS	\$ 14.000	Aportes FSP	\$ 14.000	Aportes Riesgos	\$ 14.000	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Salud	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Riesgos	\$ 14.000	IBC Caja	\$ 0	Aporte Caja	\$ 0	Aporte SEIA	\$ 0	Aporte ICBF	\$ 0	Aporte ESAP	\$ 0	Aporte Ministerio	\$ 0	Total	\$ 840.600
-------------	--------------	-----------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-----------------	-----------	---------------	------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	-----------------	-----------	----------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------------	------	-------	------------

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora		Periodo de cotización salud												SUBTOTAL SIN INTERESES DE		TOTAL INTERESES		TOTAL FINAL	
8		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	\$ 840.600		\$ 0		\$ 840.600	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	\$ 840.600		\$ 0		\$ 840.600	

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-



8888611643400000000991231



(415)770998485884(8020)8861164340(3900)00000000(96)20991231

Página 1 de 1

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 - ¡Mas que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

