SuperSubsidio
vigilamos tu caja de compensación

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:	23	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 77.000.000,00 setenta y siete millones de pesos. Mcte.	Fecha de trámite:	31/05/2017	
Fecha suscripción contrato:	01/02/2017	Nombre del Contratista:	Yuri Javier Aranha Montoya	Fecha de aprobación de la garantia única -si aplica-		31/01/2017
Requiere Acta de Inicio	Si	No. De Registro Presupuestal:	6417 del 31 de enero 2017	Fuente de los Recursos	Inversión	
Fecha Acta de Inicio:	01/02/2017	Fecha terminación	31/12/2017	Tipo Identificación	C.C. No. de Identificación:	7549417
Objeto:	OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios profesionales a la Superintendencia del Subsidio Familiar para fortalecer las capacidades técnicas generando lineamientos, mecanismos y procesos de gestión a través del diseño y evaluación de planes, programas y proyectos presentados por las Cajas de Compensación Familiar que permitan el mejoramiento, inspección, vigilancia y control de los mismos.					

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	$ 7.000.000	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 **27,27%**

TOTAL **$** **21.000.000**

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

No. Del pago	4	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**49.000.000,00**	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 7.000.000,00			Fecha de la Factura:	

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:		**X**
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almácen de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:		**NA**
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	$ 351.300
	Valor Pensión	$ 449.600
	Valor ARL	$ 14.800
	Total Pagos	**$ 815.700**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		**NA**

Firma Supervisor o Interventor

Nombre: JOSÉ LEONARDO ROJAS DÍAZ

Documento Identidad:

Cargo: Superintendente Delegado Para Estudios Especiales y la Evaluación de Proyectos

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

Adquirido
2 - JUN 2017
11:40

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 023 de 2017

OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales a la Superintendencia del Subsidio Familiar para fortalecer las capacidades técnicas generando lineamientos, mecanismos y procesos de gestión a través del diseño y evaluación de planes, programas y proyectos presentados por las Cajas de Compensación Familiar que permitan el mejoramiento, inspección, vigilancia y control de los mismos.**		**FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:**	**1 de febrero de 2017**	**FECHA DEL INFORME:**	31/05/2017
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	**11 meses**	**PRÓRROGAS:**		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 77.000.000,00**	**ADICIONES:**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**		**$**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde: 1 de mayo**	**Hasta: 31 de mayo**	**Pago No.:**	4	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:**	**36,36%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	1. Se realiza análisis del proyecto "AMPLIACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CIUDADELA EDUCATIVA LOS LAGOS" de CAJASAN radicado N°.-1-2017-006605 del 02 de mayo de 2017, en análisis. 2. Se realiza análisis del proyecto "MODIFICACIONES, ADECUACIONES Y MEJORAS E.T.D.H." de COMFAMILIAR RISARALDA radicado N°.-1-2017-006671 del 04 de mayo de 2017, en análisis. 3. Se realiza análisis del proyecto "MODIFICACIONES, ADECUACIONES Y MEJORAS SALUD IPS " de COMFAMILIAR RISARALDA radicado N°.-1-2017-006672 del 04 de mayo de 2017, en análisis. 4. Se realiza el limite maximo de la Caja de Compensación Familiar de Arauca COMFIAR. 5. Se realiza el limite maximo de la Caja de Compensación Familiar de Sucre - COMFASUCRE, Se hizo requerimiento.					
OBSERVACIONES:						

YURI JAVIER ARANHA MONTOYA	***Supervisor del Contrato: José Leonardo Rojas Díaz***
C.C.7'549.417	***Superintendencia Delegada para Estudios Especiales y la Evaluación de Proyectos***

Superintendencia de Subsidio Familiar
CORRESPONDENCIA
- 1 JUN 2017
1-2017-008433
SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

Bogotá D.C. 31 de mayo de 2017

Doctora
LUZ MARY CORONADO
Secretaria General
Superintendencia del Subsidio Familiar
Ciudad

Asunto: Declarante Impuesto sobre la Renta.

Respetado doctor:

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 X NO __ 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 el (31) de mayo del año 2017, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 019 de 2012.

Cordialmente,

YURI JAVIER ARANHA MONTOYA
C.C. No. 7´549.417 de Armenia.

Bogotá D.C. 31 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, YURI JAVIER ARANHA MONTOYA, identificada con cédula de ciudadanía número 7'549.417 expedida en ARMENIA, 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	IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD

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 provienen de 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. ___ **Soy Declarante de Renta** _X__

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2016 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT ($41.654.000), que no sean responsables del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2016 no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT ($133.889.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedan de dos mil ochocientos (2.800) UVT ($83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no supere las dos mil ochocientas (2800) UVT ($83.308.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no exceda de cuatro mil quinientas (4.500) UVT ($133.889.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

Atentamente,

YURI JAVIER ARANHA MONTOYA
C.C. No. 7'549.417 de Armenia.
CELULAR: 3147147878.

Bogotá D.C, 31 de mayo de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, YURI JAVIER ARANHA MONTOYA, identificado con la cédula de ciudadanía No.7´549.417 de Armenia, 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. 023 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

YURI JAVIER ARANHA MONTOYA
C.C. No. 7´549.417 de Armenia.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7549417
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YURI JAVIER ARANHA MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE 11 N # 14 A - 08 BLOQUE	TELÉFONO:	7458427
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACT.ARQUITECTURA E
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7147124786**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	mayo
	AÑO:	2017		AÑO:	2017
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2017/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		7050993026

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 449.600
SUBTOTAL:			1	**$ 449.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 351.300
SUBTOTAL:			1	**$ 351.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.800
SUBTOTAL:			1	**$ 14.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 815.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI · Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7549417
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			YURI JAVIER ARANHA MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE 11 N # 14 A - 08 BLOQUE 2 APTO 402	TELÉFONO:	7458427
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACT.ARQUITECTURA E INGENIERÍA
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7147124786	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2017	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2017
DÍAS DE MORA:			4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2017/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			7050993026

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 448.000	$ 1.600	$ 449.600
SUBTOTALES:										$ 448.000	$ 1.600	$ 449.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 350.000	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 350.000	$ 1.300	$ 0	$ 351.300
SUBTOTALES:													$ 350.000	$ 1.300	$ 0	$ 351.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.700	$ 14.700	$ 100	$ 0	$ 14.800
SUBTOTALES:									$ 14.700	$ 100	$ 0	$ 14.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 7549417	ARANHA MONTOYA YURI JAVIER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.800.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.800.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP; PARAFISCALES

N°	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 2.800.000	$ 350.000	$ 0	$ 350.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.800.000	7549417	$ 14.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 815.700

Planilla Pagada