

## CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

### Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo

#### 1. DATOS DEL CONTRATISTA

C.C. o NIT 1.032.455.960 DV 6 No. de Contrato CPS-034 de 2020 Año 2020 Fecha de Inicio (dd-mes-aaaa) 05-feb-2020  
 Fecha de Finalización 29-dic-2020

Nombre del Contratista ANDRES GAMEZ RODRIGUEZ  
 Correo Electrónico gamezr.andres@gmail.com Telefono de Contacto 3212088203

Objeto del Contrato Contratar la prestación de servicios profesionales a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, para la revisión al proceso de control legal de las cajas de compensación familiar y presentación de un documento sobre buenas prácticas corporativas.

Cuenta Bancaria No. de Cuenta 49265721 Tipo de Cuenta AHORROS

#### 2. INFORMACION FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial del Contrato (1) \$ <u>48.750.000,00</u>	Valor Pagado (5) \$ <u>30.750.000,00</u>	
Valor Modificaciones (2) _____	Valor Causado No Pagado (6) \$ <u>4.500.000,00</u>	% ejecución <u>72,3%</u>
Valor Total del Contrato (3=1+2) \$ <u>48.750.000,00</u>	Valor Ejecutado (7=5+6) \$ <u>35.250.000,00</u>	
	Valor Disponible por Pagar (8=3-7) \$ <u>13.500.000,00</u>	

#### Pagos efectuados

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor
1	1	05-mar-2020	\$ 3.750.000,00
2	2	05-abr-2020	\$ 4.500.000,00
3	3	15-may-2020	\$ 4.500.000,00
4	4	05-jun-2020	\$ 4.500.000,00
5	5	15-jul-2020	\$ 4.500.000,00
6	6	15-ago-2020	\$ 4.500.000,00
7	6	15-sep-2020	\$ 4.500.000,00

Pago Número	No. Factura o Doc. Equivalente	Fecha: (dd-mes-aaaa)	Valor

**\$ 30.750.000,00**

#### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO A TRAMITAR

##### Presupuestal

No. Compromiso	Objeto del Gasto	Valor	3. Uso Presupuestal
7520	C-3699-1300-7-0-3699053-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA MEJORAR LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR. NACIONAL	4.500.000,00	A-02-02-02-008-002-01 SERVICIOS JURÍDICOS
Seleccione...			
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$ 4.500.000,00</b>	

Número Factura o Doc. Equivalente <u>8</u>	Fecha de Expedición (dd-mes-aaaa) <u>05-oct-2020</u>	Régimen IVA <u>No responsable IVA</u>	Nro. Pago <u>8</u>	Valor Antes de IVA (A) <u>4.500.000,00</u>	Valor IVA (B) _____	Valor a Pagar (A+B) <b>\$ 4.500.000,00</b>
--	--	---------------------------------------	--------------------	--	---------------------	--

Información Seguridad Social N° Planilla de Pago \_\_\_\_\_ Periodo de aporte (Mes | Año) \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor del contrato o servicio anteriormente descrito CERTIFICO que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el Contrato, y cumple con todos los requisitos legales necesarios 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 y las normas vigentes.

Para constancia Firmo con fecha 05-oct-2020

#### DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR

Nombre(s) ADRIANA CRISTINA ROMERO BELTRÁN  
 Identificación CC o NIT 52.713.756  
 Cargo(s) Superintendente Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales (E)  
 Dependencia Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales

Firma(s)

*A. Cristina Romero Beltrán*

*En caso de situaciones especiales, se tramita según lo definido en ítem o) del numeral 5. CONDICIONES DE LAS ACTIVIDADES del procedimiento "Causación de obligaciones para pagos a terceros".*

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL	CPS-034 de 2020		
OBJETO DEL CONTRATO	Contratar la prestación de servicios profesionales a la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales, para la revisión al proceso de control legal de las cajas de compensación familiar y prestación de un documento sobre buenas prácticas corporativas.	FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	4-feb-20
		FECHA DEL INFORME:	5/10/2020
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	10 meses y 23 días	PRÓRROGAS	
		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	10 meses y 23 días
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 48 750 000	ADICIONES	
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 48 750 000
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/09/2020	Hasta: 30/09/2020	Pago No: 8
			Porcentaje de ejecución del contrato a 72,30%

ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS	En el marco de la obligación específica: revisión del proceso de control legal de las CCF, apoyé:	Del 1 al 30 de septiembre de 2020
	Análisis desistimiento de renuncia miembro CD NARIÑO Paulo Gil Guevara, análisis caso Huila y actualización e-signa	
	Remisión requerimientos, actualización e-signa, revisión COMFACA,	
	Resolución reunión 3 de agosto COMFANORTE CD	
	Informe detallado estados de Asamblea, requerimientos, subir a e-signa todos los requerimientos hechos la semana anterior al ser aprobados, Borrador resolución reposición RES 0092 COMFAHUILA, análisis revocatoria Directa Res 0080 COMFANORTE (Solicitud)	
	Revisión certificado COMFACA, revisión certificado COMFANORTE, Remisión de toda la documentación respectiva - ACTAS CD COMFANORTE Y ACTUALIZACIÓN E SIGNA, REVISIÓN RES. REUNIÓN 3 DE AGOSTO COMFANORTE	
	Análisis AGA COMFACA y borrador requerimiento	
	Auditoría- Expedientes y oficios	
	Complementación tareas auditoría	
	Revisión oficios y borradores hechos- Gestión Guauque, revisión BORRADOR RES 0092 HUILA, registro y autorización DAS COMFACA, actualización e-signa y revisión quejas certificadas.	
	Se volvieron a subir varios radicados sin firmar para que las firme la Dra ADRIANA, revisión participación NEVI y estado de registro reunión del 30 de junio, revisión certificados	
	Revisión inicial AGA COMFACOR y de requerimientos hechos hasta el momento	
	Revisión preliminar AGA COMFACOR y revisión correo.	
	Revisión certificados (HUILA, ANTIOQUIA, NARIÑO X3), revisión caso PAULO GIL GUEVARA, radicación expedientes firmados.	
	Continuación revisión AGA COMFACOR, Revisión certificado HUILA, revisión quejas certificadas (SANTANDER) y solicitud de soportes	
	Respuesta requerimiento Ligia- Actas 2019, proyecto registro DAS RISARALDA, análisis AGA COMFACOR continuación.	
	Actualización e-signa, revisión certificados. Revisión OBJECIONES COMFACOR AGA	
	Objeciones COMFACOR AGA y remisión borrador Resolución; informe Cajas a Cargo dirigido a Carlos, Revisión certificado COMCAJA, Oficio respuesta de petición ASOCOMPENSARFIDRO	
	En el marco de la obligación específica: Preparar y presentar un documento de buenas practicas corporativas: "Manual de buenas prácticas" para proyecto de circular: asambleas y registro. Parte 1 y 2 Título 1	
	En el marco de la obligación específica: Tareas encomendadas por el Supervisor: Seguimiento automatización CERTIFICADOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION CCF	

OBSERVACIONES

(Nombre del contratista)

ANDRÉS GÁMEZ RODRIGUEZ

Firma del Supervisor del contrato

ADRIANA CRISTINA ROMERO BELTRÁN

C.C.

1032455060

Superintendente Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales (E)

Cargo y Dependencia donde labora

Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°

8

FECHA

05-oct-2020

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR  
NIT 860.503.600-9**

**DEBE A:**

NOMBRES Y APELLIDOS:

ANDRES GAMEZ RODRIGUEZ

CC o NIT

1.032.455.960

DV

6

LA SUMA DE:

\$

4.500.000,00

VALOR EN LETRAS

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.

CONTRATO N°

CPS-034

DE

2020

POR CONCEPTO DE:

Octavo pago del contrato CPS-034 del 4 de febrero de 2020



Firma

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032455960	ANDRES GAMEZ RODRIGUEZ		CALLE 53 4A 43 APT 705	3212088803	GAMEZR.ANDRES@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
45054263	16/09/2020				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2020-08	2020-08	N	16/09/2020	45418258	\$267.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	115.200	0		0		0	0	0	0	115.200	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230901	Old Mutual	800253055-2	147.500	0	0	0	0	0	0	0	147.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.800				4.800	0	0	4.800			48	4.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	115.200	115.200
Pensión	1	147.500	147.500
Riesgos Laborales	1	4.800	4.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>267.500</b>	<b>267.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032455960	ANDRES GAMEZ RODRIGUEZ		CALLE 53 4A 43 APT 705	3212088803	GAMEZR.ANDRES@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
45054263	16/09/2020				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2020-08	2020-08	\$267.500				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Columna	Subjeto	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SEN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032455960	GAMEZ RODRIGUEZ ANDRES	59	0		N																	230901	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS010	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA