SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATOS**	**Código: F-BS3-178** **Versión:06** **Vigencia: 04/07/2023**

Fecha de Informe	02/04/2024

El presente informe refiere la ejecución y cumplimiento de las obligaciones de los contratos de prestación de servicios.

INFORMACIÓN GENERAL

Contrato Nº	207-2023		**Fecha Suscripción del Contrato**	27/09/2023	
Nombre Contratista	MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO		**Identificación (CC/NIT)**	1.005.710.925	
Correo Electrónico Contratista	miguean87@hotmail.com		**Forma de Pago**	Se pagará al contratista de acuerdo con la prestación real y efectiva del servicio en pagos mensuales y/o proporcional al tiempo de la prestación de los servicios	
Nombre Supervisor	DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO				
Nombre apoyo supervisión	ADELAIDA MOLA ALANDETE				
Fecha de Iniciación	02/10/2023		**Fecha de Terminación**	31/12/2023	
Plazo Contrato	3 meses	**Prórrogas**	3 meses	**Plazo Total**	6 meses
Periodo de Evaluación del Informe	01 de marzo al 31 de marzo de 2024				
Objeto del Contrato	Prestar servicios de apoyo a la gestión para elaborar los estados de cuenta y productividad.				

INFORMACIÓN EJECUCIÓN CONTRACTUAL

El contratista ha cumplido a entera satisfacción con las obligaciones contractuales estipuladas

Porcentaje ejecutado en relación con las obligaciones y/o actividades: 100 %

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

Porcentaje Ejecutado: 100 %

Concepto	Valor
Valor del Contrato	$18.712.565
Valor de las Adiciones	$ 3.742.513
Total, Ejecutado y Desembolsado	$ 18.712.565
Valor a pagar en el periodo reportado	$ 3.742.513
Valor Pendiente por Ejecutar	**$ 0**

INFORMACIÓN DE AFECTACIÓN PRESUPUESTAL					
Rubro Presupuestal	Descripción Rubro	N° Disponibilidad Presupuestal	Fecha Disponibilidad Presupuestal	N° Compromiso Presupuestal	Fecha Compromiso Presupuestal
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADOS	553	25/07/2023	5078	27/09/2023
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADOS	53	02/01/2024	57	02/01/2024
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADOS	346	26/01/2024	591	26/01/2024

FACTURAS O CUENTAS DE COBRO AUTORIZADO						
N° Factura o Cuenta de Cobro	Fecha			Valor Facturado		
	Día	Mes	Año	Base	IVA	Total
06	01	04	2024	$ 3.742.513	$ 0	$ 3.742.513
Totales				$ 3.742.513	$ 0	$ 3.742.513

INFORME DE ACTIVIDADES

El presente informe detalla la ejecución de las obligaciones contractuales por parte del contratista. Por lo anterior, se describe a continuación el estado de avance de ejecución:

Obligaciones específicas del contratista

Nº	Obligaciones Específicas	Descripción de la Actividad	Evidencia
1	Realizar los estados de productividad y 20 estados de cuenta de los bienes inmuebles no sociales pertenecientes al FRISCO.	Elaboración de 18 estados de cuenta de los siguientes folios de matrícula: 260-413, 260-415, 260-416, 260-3570, 001-35642, 114-6100, 50C-1290314, 425-53761, 420-4759, 420-4760, 420-5274, 420-5848, 420-6516, 420-45407, 420-14434, 420-45408, 420-47906 y 420-60440	Los estados de cuenta elaborados se encuentran en la siguiente ruta: \\fileserver.saesas.gov.co\publica\22-Financiera\SOFIA MURILLO\ESTADOS CUENTA-DEVOLUCIONES\ESTADOS DE CUENTA ELABORADOS\FINANCIERA\GESTIÓN MIGUEL A\ESTADOS DE CUENTA\FOLIOS

APORTES PARAFISCALES

DECLARACIÓN

El contratista: Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información relacionada en el presente informe corresponde a las actividades ejecutadas durante el período informado y los documentos anexos que soportan el pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales para el periodo del informe, corresponden a los que legamente efectúo con base en los ingresos provenientes del Contrato y que la planilla aportada está efectivamente pagada y recibida a satisfacción por la entidad encargada de recaudar el pago, de conformidad con lo señalado en el artículo 1 del Decreto 1273 de 2018.

N° Planilla de Pago SGSS	Periodo de Aporte	Valor Total Planilla
8810454708	2024-03	$ 434.700

Relacionar todas las planillas que certifiquen el valor correspondiente del periodo a pagar

Concepto	N° Planilla de Pago SGSS	Periodo de aporte	Valor Planilla
Pensión	8810454708	Marzo de 2024	$ 239.600
Salud	8810454708	Marzo de 2024	$ 187.200
ARL	8810454708	Marzo de 2024	$ 7.900
Total			$ 434.700

RIESGOS CONTRACTUALES

El Seguimiento de riesgos se realizará conforme a los riesgos identificados en los estudios previos o términos de referencia según corresponda y solo será registrado en el presente informe en caso de presentarse una materialización del mismo.

En ese sentido, no se materializaron riesgos.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El supervisor: Certifico que el contratista cumplió con las obligaciones y productos en el periodo del presente informe, conforme con lo pactado en el contrato y cumplen con los requisitos exigidos por la entidad. El presente informe y sus evidencias fueron validadas y es aprobado, por lo cual autorizo proceder con el pago.

Una vez revisadas las cuentas de cobro presentadas por el Contratista, la información de las actividades desarrolladas y las evidencias correspondientes a la ejecución certificó que el Contratista cumple con todas las obligaciones del contrato:

Sí	X	No	

Adicionalmente se certifica que el cumplimiento de las actividades durante este mes fue:

Satisfactorio	X
Bueno	
Regular	
Requiere Ajustes	

DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO
Firmado digitalmente por DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO
Fecha: 2024.04.03 15:03:28 -05'00'

DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO
DIRECTORA FINANCIERA
Supervisor

MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO
TÉCNICO II
Contratista

ADELAIDA MOLA YALANDETE
PROFESIONAL III
Apoyo de Supervisión

FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Código: F-GF3-044	Fecha: 29/06/2023	Versión:02

Bajo la gravedad del juramento certifico que: **1.** El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato. **2.** El contrato cuenta con la respectiva apropiación presupuestal con cargo al rubro indicado, según los certificados expedidos por el responsable del presupuesto. **3.** El contratista para la ejecución del contrato acreditó encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y se ha verificado el cumplimiento de dicha obligación para acceder al presente pago.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Nombre del Contratista:	MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO		
C.C o NIT:	1.005.710.925		
Contrato No.	207-2023	**Fecha:**	27/09/2023
Objeto del Contrato	Prestar servicios de apoyo a la gestión para elaborar los estados de cuenta y productividad.		
Periodo Reportado:	Marzo de 2024		
Forma de pago:	Se pagará al contratista de acuerdo con la prestación real y efectiva del servicio en pagos mensuales y/o proporcional al tiempo de la prestación de los servicios.		

INFORMACIÓN DE AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Rubro Presupuestal	Descripción Rubro	N° Disponibilidad Presupuestal	Fecha Disponibilidad Presupuestal	No. Compromiso Presupuestal	Fecha Compromiso Presupuestal
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADO	346	26/01/2024	591	26/01/2024
A-8-3-9-10-01	HONORARIOS VARIOS INCAUTADO	53	02/01/2024	57	02/01/2024

En consecuencia se autoriza pagar la cuenta de cobro y/o factura relacionada, cuyo valor se ajusta a las condiciones contractuales expuestas en la claúsula __3___ FORMA DE PAGO del respectivo contrato.

FACTURAS O CUENTAS DE COBRO AUTORIZADAS

No. Factura o Cuenta de Cobro	Fecha			Valor Facturado		
	Día	Mes	Año	Base	IVA	Total
Cuenta de cobro 6	1	4	2024	$ 3,742,513		$ 3,742,513.00
TOTALES				$ 3,742,513	$ -	$ 3,742,513

Firma: DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO — Firmado digitalmente por DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO Fecha: 2024.04.03 15:07:20 -05'00'

Cargo: DIRECTORA FINANCIERA

Nombre: DIANA YANCELLY ARIAS GIRALDO

Elaboró: Adelaida Mola Alandete

Revisó: Angelica Lugo

Fecha de certificación: 01/04/2024

Bogotá D.C., 01 de abril de 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

LA SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S

NIT: 900.265.408-3

Debe a:

MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO

Identificado con número de cédula de ciudadanía No. 1.005.710.925 de Bogotá

Por concepto de:

Ejecución del contrato de prestación de servicios No. 207, cuyo objeto consiste en "Prestar los servicios profesionales (Prestar servicios de apoyo a la gestión para elaborar los estados de cuenta y productividad.)", durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de marzo de 2024 por un valor de TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TRECE PESOS ($3.742.513) M/CTE.

Favor efectuar el pago: A la cuenta de ahorros No. 20034388394 del banco Bancolombia.

Cordialmente,

Miguel Angel Aroca

_____

Nombre: MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO
Numero de documento: 1.005.710.925
Dirección: Calle 78 # 66 – 52
Numero de celular: 3165265952
Correo electrónico: miguean87@hotmail.com

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS - PERSONAS NATURALES

Conforme a la Reforma Tributaria Ley 2010 de 2019

Yo, Miguel Angel Aroca Cardozo, identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1005710925, manifiesto, bajo la gravedad de juramento que:

1. De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 18 que adiciona el artículo 388 del Estatuto Tributario SI___ NO_X__ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad.

2. Que según el artículo 4 de la Ley 2010 de 2019 que adiciona el artículo 437 del Estatuto Tributario en su parágrafo 3., pertenezco al régimen de impuesto a las ventas, No responsable _X___ Responsable ___.

   Condiciones para ser responsable de IVA, lo que obliga a expedir factura de venta con Iva.

   - ✓ Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT. ($164.727.500).

   - ✓ Que no tengan más de un establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio donde ejerzan su actividad.

   - ✓ Que no hayan celebrado en el año inmediatamente anterior ni en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT. ($164.727.500).

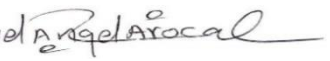
   - ✓ Que el monto de sus consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras durante el año anterior o durante el respectivo año, provenientes de actividades gravadas con el impuesto sobre las ventas (IVA), no supere la suma de 3.500 UVT. ($164.727.500).

   - ✓ Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de contratos con el estado, inferiores a 4.000 UVT. ($188.260.000).

3. SI__X__ NO_____ soy Declarante del Impuesto de Renta por el Año gravable 2023.

4. SI__X__ NO_____ tengo personas dependientes a cargo según lo previsto el en Parágrafo 2, Articulo 387 del Estatuto Tributario y Ley 1607 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios.

En constancia de lo anterior se firma a los Un (01) días del mes de abril del año 2024.

Firma 

Nombre: Miguel Angel Aroca Cardozo

Documento de Identificación 1.005.710.925

Dirección Calle 78 # 66 -52

Correo electrónico miguean87@hotmail.com

Teléfono 3165265952

DECLARACIÓN JURAMENTADA DEDUCCIONES MENSUALES PARA CONTRATISTAS

QUE CLASIFIQUEN EN LA CATEGORÍA TRIBUTARIA DE EMPLEADO

Yo, _Miguel Angel Aroca Cardozo__, identificada[o] con _Cédula de Ciudadanía _ número _1.005.710.925_, expedida en la ciudad de _Bogotá_, en mi calidad de persona natural me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago objeto de esta declaración:

1. Que para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del Estatuto Tributario y el artículo 15 del decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social corresponden a los ingresos del Contrato de Prestación, con un ingreso base de cotización de **$ _1.497.005**, que corresponde al 40% del _Cuarto_ (indicar el pago que se tramita, ejemplo, primero, segundo, etc) pago por valor $ _**3.742.513**_ (indicar el valor de los honorarios, sin incluir el IVA), aportando un valor total de $ $ _434.700_ (incluir el valor de la planilla sin intereses de mora) los cuales se discriminan así:

Por concepto de Salud	$ 187.200
Por concepto de Pensión	$ 239.600
Por concepto de ARL	$ 7.900

Cabe resaltar que estos pagos (SI) ___ o (NO) _X_ se deducen de la base para aplicar la Retención en la Fuente y fueron pagados bajo la planilla o autorización No. _8810454708. (Se anexa planilla)

2. Acogiéndome al beneficio del artículo 126-1 y 126-4 del Estatuto Tributario, solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique el descuento sobre los valores a cancelar de la siguiente manera:

Concepto	Nombre Entidad	Número De Cuenta	Valor
AFC			
Pensión Voluntaria			

3. Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013, intereses de vivienda y medicina prepagada.

Concepto Solicitado	SI	NO
Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo con la certificación que se adjunta		X
Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo con la certificación que se adjunta de la Entidad Promotora de Salud.		X

4. Solicitud deducciones del artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013; por concepto de dependientes del 10% hasta un máximo de 32 UVT, así:

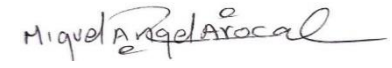
   Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario y modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por dependientes de acuerdo a la siguiente relación de conformidad con el parágrafo 4to del Decreto 0099 de 2013, así

Tipo de Documento Identificación	Número Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
Cédula	28.537.000	Gladys Cardozo Gonzalez	76	Madre

   Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

Condición	Marque (X)
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la auto-ridad competente.	
Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	
El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y,	
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	X

En constancia de lo anterior se firma a los Un (01) días del mes de abril del año 2024.

Firma 

Nombre: Miguel Angel Aroca Cardozo

Documento de Identificación 1.005.710.925

Dirección Calle 78 # 66 - 52

Correo electrónico miguean87@hotmail.com

Teléfono 3165265952

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-04-02, 10:23:16 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810454708

Fecha limite de pago: 2024-04-05

GUARDADA 29/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANGEL AROCA CARDOZO				
Documento	CC1005710925	**Dirección**	CALLE 93A N 60B44		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3165255952		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

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 1005710925	AROCA CARDOZO MIGUEL ANGEL	59	00		X														0	30	30	30	0	PROTECCION	$ 1.497.005	$ 239.600	FAMISANAR EPS	$ 1.497.005	$ 187.200	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.497.005	$ 7.900	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 434.700

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
$ 1.497.005	$ 1.497.005	$ 1.497.005	$ 0	$ 239.600	$ 0	$ 0	$ 187.200	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 434.700	$ 0	$ 434.700

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
5

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

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888104547080000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810454708(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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!