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:	046	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	$ 32,100,000	Fecha de trámite:	27 de Abril 2018	
Fecha suscripción contrato:	01 de febrero 2018	Nombre del Contratista:	JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR	Fecha de aprobación de la garantia única -si aplica-		31 de enero 2018
Requiere Acta de Inicio	No	No. De Registro Presupuestal:	10518 del 26 de enero 2018	Fuente de los Recursos	Inversión	
Fecha Acta de Inicio:		Fecha terminación	31 de julio 2018	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación: 6.393.659
Objeto:	Contratar los servicios profesionales de un ingeniero en el rol de arquitecto de sistemas de información y aplicaciones, para apoyar a la oficina de TIC en el diseño y ejecucion de aplicaciones informaticas y sistemas de informacion de la Superintendencia de Subsidio Familiar					

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	$ 5,350,000	7	
2	$ 5,350,000	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 **33%**

TOTAL **$** **10,700,000**

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

No. Del pago	3	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 16,050,000**	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	$ 5,350,000			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	$ 267,500
	Valor Pensión	$ 342,400
	Valor ARL	$ 11,200
	Total Pagos	**$ 621,100**
Persona Juridica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)		NA

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: CARLOS ALBERTO ALVIRA OLIVERO

Documento Identidad: 79,516,233

Cargo: Jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Dependencia: Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Radicado
2 MAY 2018
10:15

1-2018-003313 27/02/2018 15:59:14
INFORME DE ACTIVIDADES JOSE HUGO LEON.pd...
Folios: 5 Anexos:

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Nº 046 de 2018

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales a la Superintendencia de Subsidio Familiar para monitorear y controlar la ejecucion del proyecto de mantenimiento y soporte de los aplicativos de Nomina y Taleanto Humano, Isolucion y Almacen e Inventarios y lo demas que se requiera en la entidad		**FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:**		**01 de febrero 2018**	**FECHA DEL INFORME:** **27 de Abril 2018**
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	**06 Meses**	**PRÓRROGAS:**			**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 32,100,000.00**	**ADICIONES:**			**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	**$ 32,100,000.00**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** **01 de Mayo 2018**	**Hasta:** **31 de Mayo 2018**	**Pago No.:**	1	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:** (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)	**50%**
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Aplicativo Isolucion •Se realizo seguimiento y verificación de los requerimientos de conexión por parte del proveedor para la realización de mantenimientos al aplicativo y la Base de Datos. Aplicativo GTSS •Se realizo seguimiento a los requerimientos por incidencias presentadas por la usuaria Marisol Serrano del módulo de Registro y Control. Aplicativo NEON •Se realizo seguimiento a la implementación de las NIIF por parte del proveedor para el proceso. oActivos con los cambios respectivos oReporte que debe ser diseñado para trabajar las normas NIIF, por parte de contabilidad. •Se realizo el acompañamiento para la adecuación del aplicativo, la generación de los informes y la corrección del ambiente de preproducción Aplicativo SICOF – ERP •Se realizo seguimiento y verificación de los requerimientos de conexión por parte del proveedor para la realización de mantenimientos al aplicativo y la Base de Datos. Actividades Generales •Se realizaron los informes de inventario de contratos y los informes requeridos por el jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones					
OBSERVACIONES:						

José Hugo León Escobar	***CARLOS ALBERTO ALVIRA OLIVERO***
C/C. 6.393.659	***Jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones***

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSE HUGO LEON ESCOBAR**, identificada con **CC** número **6393659**, aportó por el empleado **JOSE HUGO LEON ESCOBAR** identificado(a) con **CC** número **6393659** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2018 y 04 - 2018 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TDP	TVP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTEMPORANEO
231001	Colfondos	59															0	30	$2,140,000	0.16000	$342,400	$0	$0	Marzo - 2018	25930140	05/03/2018	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0	30	$2,140,000	0.02000	$42,800	$0	$0	Marzo - 2018	25930140	05/03/2018	No
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	$2,140,000	0.12500	$267,500	$0	$0	Marzo - 2018	25930140	05/03/2018	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	30	$2,140,000	0.00522	$11,200	$0	$0	Marzo - 2018	25930140	05/03/2018	No
231001	Colfondos	59															0	30	$2,140,000	0.16000	$342,400	$0	$0	Abril - 2018	26563899	09/04/2018	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0	30	$2,140,000	0.02000	$42,800	$0	$0	Abril - 2018	26563899	09/04/2018	No
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	$2,140,000	0.12500	$267,500	$0	$0	Abril - 2018	26563899	09/04/2018	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	30	$2,140,000	0.00522	$11,200	$0	$0	Abril - 2018	26563899	09/04/2018	No

El presente certificado se expide a los 26 dias del mes April de 2018

Este documento esta clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec

C.C.	*Cargo y Dependencia donde labora*

Bogotá, 27 de Abril de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR, identificado con cédula de ciudadanía número 6.393.659 expedida en Palmira – Valle, 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 (Adjunto Registro Civil)

TIPO	IDENTIFICACION	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 fisicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores fisicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores fisicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

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 categoria 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 2017 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.

De acuerdo con lo establecido en el art.383 del E.T parágrafo 2. Manifiesto que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad generadora de renta.

Atentamente,

JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR
C.C 6.393.659
Carrera 80B 6B-75 Int 13 Apto 103
Movil 321-2427993

87.

Bogotá, 27 de Abril de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.393.659, 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. 046 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,

JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR
C.C. No. 6.393.659