SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO GOBIERNO DE COLOMBIA

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:	$ 48,150,000	Fecha de trámite:	02 de octubre 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 octubre 2018	Tipo Identificación	C.C.	No. de Identificación:
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	$ 5,350,000
2	$ 5,350,000	8	
3	$ 5,350,000	9	
4	$ 5,350,000	10	
5	$ 5,350,000	11	
6	$ 5,350,000	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 **78%**

TOTAL **$ 37,450,000**

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

No. Del pago	8	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	**$ 5,350,000**	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

Adiciones
2 OCT 2018
2:50

SuperSubsidio
Vigilamos tu caja de compensación

MINTRABAJO GOBIERNO DE COLOMBIA

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

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:**	02-10-18
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	**06 Meses**	**PRÓRROGAS:**	**03 Meses**		**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:**	**09 Meses**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**$ 32,100,000.00**	**ADICIONES:**	**$ 16,050,000.00**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	**$ 48,150,000.00**
Periodo correspondiente del pago:	**Desde:** **01 de septiembre 2018**	**Hasta:** **30 de septiembre 2018**	**Pago No.:**	**8**	**Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha:** (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)	**89%**

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 inconvenientes presentados al aplicativo y la presentación de reportes de la sede electrónica
Aplicativo NEON
•Se realizo seguimiento a los requerimientos del usuario funcional
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.
•Seguimiento al proceso de actualización de las NIIF del modulo de Nomina, reuniones de trabajo y acompañamiento en la generación de la plantilla de saldos

OBSERVACIONES:

Actividades Generales
•Se realizo el acompañamiento de las reuniones de trabajo en el componente de Continuidad de trabajo del proyecto de Arquitectura Empresarial
•Se realizo la verificación de los componentes de Datos Personales para su implmentación
•Se la configuracion de BK de los aplicativos Isolucion, Neon, SICOF y la BD de aplicativo Esigna

José Hugo León Escobar
C.C. 6.393.659

CARLOS ALBERTO ALVIRA OLIVERO
Jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

1-2018-016929 02/10/2018 14:42:51
INFORME CONTRATO.pdf
Folios: 5 Anexos: 1

Bogotá, 02 de octubre 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

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,

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

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 08 - 2018 y 09 - 2018 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
231001	Colfondos	59															0		30	$2,140,000	0.16000	Agosto - 2018	29180740	10/08/2018	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$2,140,000	0.02000	Agosto - 2018	29180740	10/08/2018	No
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$2,140,000	0.12500	Agosto - 2018	29180740	10/08/2018	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,140,000	0.00522	Agosto - 2018	29180740	10/08/2018	No
231001	Colfondos	59															0		30	$2,140,000	0.16000	Septiembre - 2018	30048307	12/09/2018	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$2,140,000	0.02000	Septiembre - 2018	30048307	12/09/2018	No
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$2,140,000	0.12500	Septiembre - 2018	30048307	12/09/2018	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$2,140,000	0.00522	Septiembre - 2018	30048307	12/09/2018	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **2** días del mes **October** de **2018**

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

ISO / IEC 27001
icontec
Certificado Nº SI 006-1