



SuperSubsidio

Variantes su caja de compensación

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA TRÁMITE DE PAGO

MINTRABAJO

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

Código: FO-CAD-ECOM-004 Versión: 1

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA

No. del Contrato:	014	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 58,850,000	Fecha de trámite:	26 de abril 2017
Fecha suscripción contrato:	26 de enero 2017	Nombre del Contratista:	JOSÉ HUGO LEON ESCOBAR	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	26 de enero 2017
Requiere Acta de Inicio:	Si	No. De Registro Presupuestal:	5517 del 24 de enero 2017	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:	26 de enero 2017	Fecha terminación	25 de diciembre 2017	Tipo Identificación	C.C. No. de Identificación: 6393659
Objeto:	Prestar los servicios profesionales a la Superintendencia de Subsidio Familiar para monitorear y controlar la ejecución 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				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIF NACIÓN

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 5,350,000	7		*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.
2	\$ 5,350,000	8		
3		9		
4		10		
5		11		% EJECUCIÓN 18%
6		12		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	\$ 42,800,000	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 almacén 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 proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud \$ 267,500 Valor Pensión \$ 342,400 Valor ARL \$ 11,200 Total Pagos \$ 621,100
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	NA


Firma Supervisor o Interventor

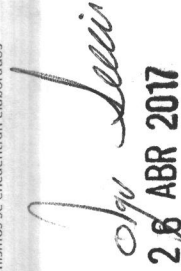
Nombre: CLARA INES MARTINEZ BORNACELLY

Documento Identidad: 51.646.461

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

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


28 ABR 2017

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 01800091010 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co



5011 764 5011



SuperSubsidio

Vigilamos tu caja de compensación



MINTRABAJO



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									
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales a la Superintendencia de Subsidio Familiar para monitorear y controlar la ejecución del proyecto de mantenimiento y soporte de los aplicativos de Nomina y Talento Humano, Isolucion y Almacen e Inventarios y lo demas que se requiera en la entidad	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	26 de enero 2017	FECHA DEL INFORME:	26 de abril 2017				
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	11 Meses	PRÓRROGAS:							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 58,850,000.00	ADICIONES:							
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 26 de enero 2017	Hasta: 25 de diciembre 2017	Pago No.: 3	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)	27%				
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Superintendencia de Subsidio Familiar, en el monitoreo y control en la ejecución del proyecto de mantenimiento y soporte de los aplicativos de Nomina y Talento Humano, Isolucion y Almacen e Inventarios de tal forma que se garantice el óptimo funcionamiento y el mantenimiento de los sistemas de información Con motivo del ataque cibernético presentado a finales del mes de Marzo, se realizó los siguientes requerimientos: • Seguimiento a la instalación del servidor de Nomina, Talento Humano, el Portal del Empleado queda pendiente por motivos de priorización de actividades. • Seguimiento a la instalación del servidor de Neon. • Instalación del servidor Cluster de SQL Server para el aplicativo de GTSS • Instalación y configuración de los servicios de Base de Datos para Isolucion, Neon, SIGER y Control de Acceso • Apoyo en la configuración y soporte de los servidores de Active Directory • Apoyo en la instalación de las estaciones de trabajo de los usuarios finales que fueron formateadas.								
OBSERVACIONES:									
<i>[Signature]</i> JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR CLARA INES MARTINEZ BORNACELLY Jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -E-									
C.E. 6.393.659									



Bogotá, 26 de abril de 2017

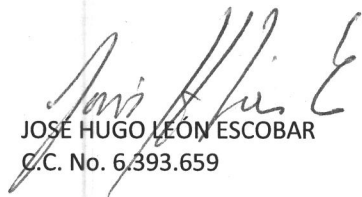
Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

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. 0014 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR
C.C. No. 6.393.659

Bogotá, 26 de abril de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado 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 físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos 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 físicos 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 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.

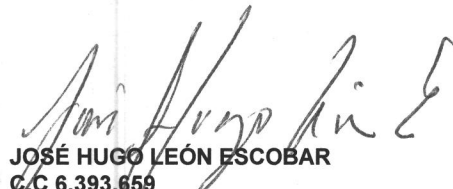
De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

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,



JOSÉ HUGO LEÓN ESCOBAR

C.C 6.393.659

Carrera 80B 6B-75 Int 13 Apto 103

Movil 321-2427993

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa JOSE HUGO LEON ESCOBAR identificado con CC número 6393659,
aportó por JOSE HUGO LEON ESCOBAR identificado con CC número 6393659,
quien se encuentra registrado a la fecha como tipo de cotizante 59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
por concepto de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes,
para los periodos comprendidos entre 04-2017 y 04-2017 de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	I N G	R T E	T E E	T E P	V V P	V V P	S S T	S S T	L L M	V V M	A A C	V V P	R R P	D D I	ISC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXENCIÓN PADRES FAMILIARES Y SALUD	TARIFA AEL
EPS008	Compensar EPS														30	2.140.000	\$ 267.500	0	0	abr-2017	19062166	03/04/2017	N	
230301	Porvenir														30	2.140.000	\$ 342.400	0	0	abr-2017	19062166	03/04/2017		
14-23	Positiva Seguros														30	2.140.000	\$ 11.200	0	0	abr-2017	19062166	03/04/2017		0,522
CCF24	Compensar Caja														30	2.140.000	\$ 42.800	0	0	abr-2017	19062166	03/04/2017		

El presente certificado se expide a los 26 días del mes abril de 2017

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



Certificado N° SI 006-1

