

de

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

No. del Contrato:	125 de 2018	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 15.000.000	Fecha de trámite:	10 de Diciembre de 2018
Fecha suscripción contrato:	9 de Agosto de 2018	Nombre del Contratista:	HUGO ARTURO FONSECA CRUZ	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	10 de Agosto de 2018
Requiere Acta de Inicio	NO	No. De Registro Presupuestal:	33918	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de Inicio:	N/A	Fecha terminación	9 de noviembre de 2018	C.C. No. de identificación:	11226729
Objeto:	Contratar los servicios profesionales de un ingeniero de sistemas en el rol de Administrador de Base de Datos para apoyar la administración, mantenimiento y optimización de las bases de datos y actividades de aseguramiento de la calidad de la información, de los sistemas de información misionales de la entidad.				

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

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor
1	\$ 3.500.000	7	
2	\$ 5.000.000	8	
3	\$ 5.000.000	9	
4		10	
5		11	
6		12	
		TOTAL	\$ 13.500.000

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 90%

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

No. Del pago	4	Factura No.	4
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 1.500.000	Fecha de la Factura:	10/12/2018

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO

Informe de Actividades:

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. Planilla No. 13828905

Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.

Valor Salud	\$ 299.300
Valor Pensión	\$ 383.100
Valor ARL	\$ 25.000
Total Pagos	\$ 707.400

Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)

SuperSubsidio

Firma Supervisor o Interventor

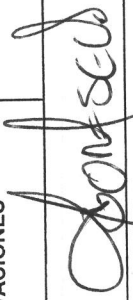
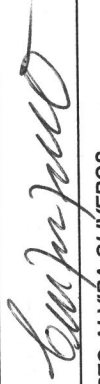
Nombre: Carlos Alberto Alvirra Oliveros
Documento Identidad: 79.516.233

Cargo: Jefe de Oficina
Dependencia: Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones

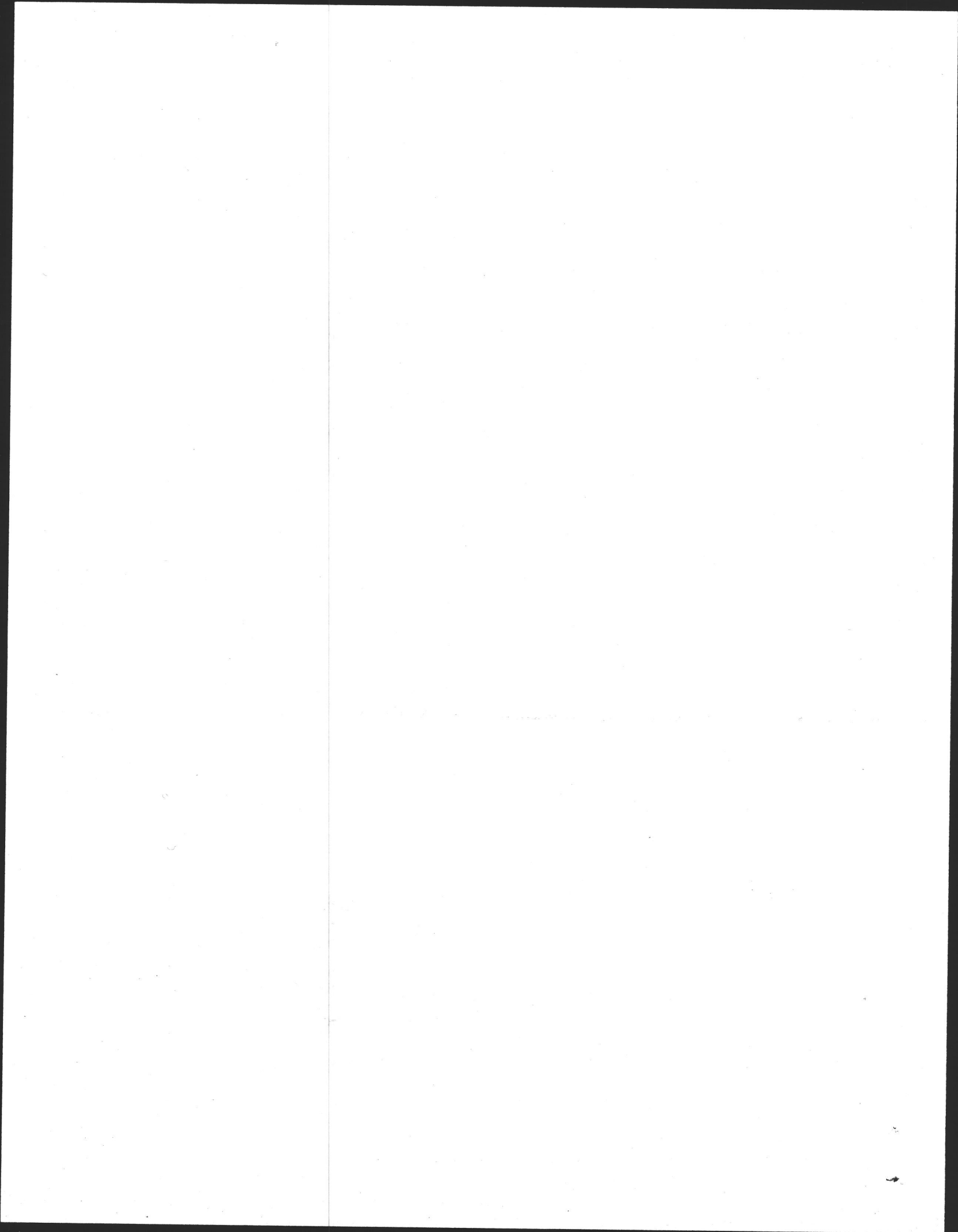
Adquirida
18 DIC 2018
17:40

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

100

INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 125 DE 2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Contratar los servicios profesionales de un ingeniero de sistemas en el rol de Administrador de Base de Datos para apoyar la administración, mantenimiento y optimización de las bases de datos y actividades de aseguramiento de la calidad de la información, de los sistemas de información	FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	10/08/2018
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	3 MESES	FECHA DEL INFORME:	1/012/2018
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 15.000.000	PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:	3 MESES
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/11/2018 Hasta: 09/11/2018	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 15.000.000
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	*Se realiza la tarea programada de Backup de la base de datos de Mysql del ambiente de operación de Esigna. *Se proyecta las actividades del plan de mejoramiento del Hallazgo No 678, 674, 681. *Se crea el Manual de Configuración de Alertas y Alarmas de la Infraestructura de la entidad. *Se registra las actividades en Isolucion y se cierran los hallazgos No 678, 674, 681.		
OBSERVACIONES			
HUGO ARTURO FONSECA CRUZ	 CARLOS ALBERTO ALVIRA OLIVEROS		
C.C. 11.226.729 de Girardot	JEFE OFICINA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES		





Bogotá, 10 de diciembre de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

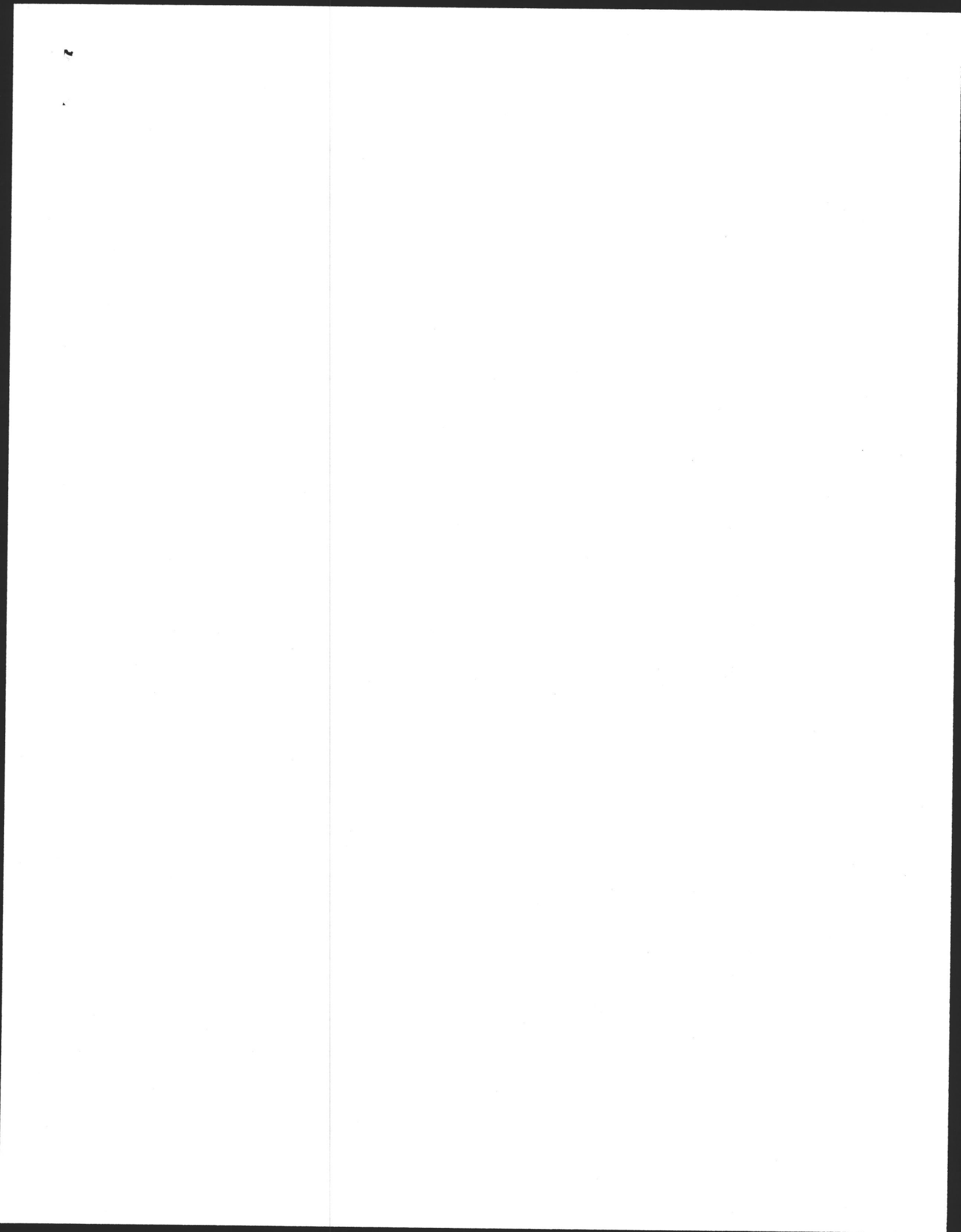
Respetados señores:

Yo, Hugo Arturo Fonseca Cruz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 11.226.729, 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. 125 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



HUGO ARTURO FONSECA CRUZ
C.C. No. 11.226.729 de Girardot



Bogotá, diciembre 10 de 2018

**Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad**

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, Hugo Arturo Fonseca Cruz identificado con cédula de ciudadanía número 11.226.729 expedida en Girardot, 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
	N/A	N/A	N/A

2. Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
	N/A	N/A	N/A

3. Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA
	N/A	N/A	N/A

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
	N/A	N/A	N/A

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
	N/A	N/A	N/A

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:

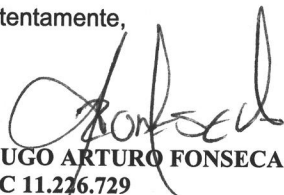
No soy Declarante de Renta. _____

Soy Declarante de Renta X

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$44.603.000), que no soy responsable del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2017 no excedió de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$143.366.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no superaron las mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000), 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,



HUGO ARTURO FONSECA CRUZ
CC 11.276.729
DIRECCION Calle 25 B # 85B - 41
TELEFONO 3227027526

