

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

No. del Contrato:	37	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 31.500.000	Fecha de trámite:	16/11/2017
Fecha suscripción contrato:	14/02/2017	Nombre del Contratista:	ANDRES FELIPE PISSO TOBAR	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	
Requiere Acta de Inicio	No	No. De Registro Presupuestal:	8317	Fuente de los Recursos	Inversión
Fecha Acta de inicio:	14/02/2017	Fecha terminación	31/12/2017	C.C.	No. de Identificación: 1061688741
Objeto:	Prestar los servicios profesionales de un ingeniero de sistemas a la Superintendencia del Subsido Familiar para la actualización del Portal Corporativo diseñado sobre la herramienta IBM WEBSPPHERE PORTAL, gestionar la mensajería instantánea (SAMETIME), Agenda Electrónica y los buzones de correo institucionales individuales y aquellos grupos de trabajo incluidos las Cajas de Compensación Familiar que están sobre la herramienta IBM SMARTCLOUD NOTES STEP-UP e IBM CONNECTIONS CLOUD \$1 STEP-UP (Correo en la nube)				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACION

No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 3.000.000	7	\$ 3.000.000	* 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	\$ 3.000.000	8	\$ 3.000.000	
3	\$ 3.000.000	9		
4	\$ 3.000.000	10		
5	\$ 3.000.000	11		
6	\$ 3.000.000	12		
		TOTAL		% EJECUCIÓN 76%
				\$ 24.000.000

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

No. Del pago	9	Factura No.	
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 3.000.000	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$ 4.500.000
		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 a 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.	<table border="1"> <tr> <td>Valor Salud</td> <td>\$ 150.000</td> </tr> <tr> <td>Valor Pensión</td> <td>\$ 192.000</td> </tr> <tr> <td>Valor ARL</td> <td>\$ 6.300</td> </tr> <tr> <td>Total Pagos</td> <td>\$ 348.300</td> </tr> </table>	Valor Salud	\$ 150.000	Valor Pensión	\$ 192.000	Valor ARL	\$ 6.300	Total Pagos	\$ 348.300
Valor Salud	\$ 150.000								
Valor Pensión	\$ 192.000								
Valor ARL	\$ 6.300								
Total Pagos	\$ 348.300								
Persona Jurídica: 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



YADIRA LEON VARGAS
Supervisor o Interventor

Nombre: YADIRA LEON VARGAS

Documento Identidad: 52265965

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



Adrevel
16 NOV 2017
8:40





SuperSubsidio



TODOS POR UN NUEVO PAIS

Código: FO-CAD-ECON-013 Versión: 5

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES		INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales de un ingeniero de sistemas a la Superintendencia del Subsidio Familiar para la actualización del Portal Corporativo diseñado sobre la herramienta IBM WEBSHERE PORTAL, gestionar la mensajería instantánea (SAMETIME), Agenda Electronica y los buzones de correo institucionales individuales y aquellos grupos de trabajo incluidos las Cajas de Compensación Familiar que están sobre la herramienta IBM SMARTCLOUD NOTES STEP.UP e IBM CONNECTIONS CLOUD S1 STEP.UP (Correo en la nube)		
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	31/12/2017	PRÓRROGAS:	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 31.500.000,00	ADICIONES:	
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 14/09/2017	Hasta: 14/10/2017	Pago No.: 9
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS:	Atendi y actualice de acuerdo a los requerimientos solicitados por las dependencias en el portal corporativo. <ul style="list-style-type: none"> Carga de contenido de distintas áreas de la entidad Apoyo en dar cumplimiento a la normativa de Transparencia dentro del portal corporativo Modificación de áreas del portal según requerimientos de las distintas dependencias de la entidad 2. Atendi y actualice de acuerdo a los requerimientos solicitados por las dependencias en el correo electrónico <ul style="list-style-type: none"> Apoyo en capacitación a funcionarios de la entidad sobre el manejo de la herramienta Apoyo técnico en temas de configuración de distintas cuentas de correo Gestión de delegaciones de cuentas de correo, manuales y grupos Restauración de contraseñas de distintos usuarios Creación de backups de cuentas de correo 3. Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual <ul style="list-style-type: none"> Reporte de actividades realizadas durante el periodo en la entidad Capacitación al área de servicio de mesa de ayuda en temas de correo electrónico y almacenamiento en la nube 		
OBSERVACIONES			
 ANDRES FELIPE PISSO TOBAR C.C. 1061688741		 NADIRA LEON VARGAS Jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	



105

Bogotá, 15 de Noviembre de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Bogotá

105

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, ANDRES FELIPE PISSO TOBAR, identificado con cédula de ciudadanía número 1061688741 expedida en Popayán, 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 párrafo 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. _X_

Soy Declarante de Renta _

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,



ANDRÉS FELIPE PISSO TOBAR

C.C 1061688741

Dirección Av Calle 53 #4ª 26 Edif 53 apto 105

Teléfono 3143581623

106

Bogotá, 15 de Noviembre de 2017

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, ANDRES FELIPE PISSO TOBAR, identificado con la cédula de ciudadanía No.1061688741, 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.37 de 2017 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



ANDRÉS FELIPE PISSO TOBAR
C.C. No.1061688741

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 12351680
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2017-11-14

DATOS DEL APORTANTE			
RAZÓN SOCIAL	ANDRES FELIPE PISO TOBAR	TIPO DE PERSONA	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1061688741	D. V.	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CALLE 51N 10 45 CASA 36	DEPARTAMENTO	POPAYAN
ACTIVIDAD ECONOMICA	0090	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
FAX	0	SUCURSAL	NOMBRE SUCURSAL
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	Tipo de aportante
		POSITIVA	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL			
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	1061688741	PISO	TOBAR
PRIMER NOMBRE	ANDRES	SEGUNDO NOMBRE	FELIPE

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2017	Mes: 11	Año: 2017	Mes: 11	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$1,200,000		12351680

109

TOTALES PARA EL PERÍODO 2017 - 11

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSION POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSION SOL	VLR APORTE FONDO PENSION SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	\$192,000	\$0	\$0	\$0	\$0	4	\$700	\$0	\$0	\$192,700

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR TOTAL COT OBL	VLR AUT. IGE	VLR AUT. IGE	VLR AUT. IGE	VLR NETO APORTES DE COT	VLR INTERSE COT OBL	VLR INTERSE COT OBL	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES COT	RADICACIÓN AUTOLIQ	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR	TOTAL PAGAR COT OBL	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR UPC	TOTAL PAGAR
SOS-EPS	1	\$150,000	\$0	\$0	\$0	0	\$150,000	\$500	\$0	\$150,500	\$0	0	\$0	\$0	\$150,500	\$18,000	\$0	\$150,500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDAD DES	VLR INCAPACIDAD DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NUM RAD AUTOLIQ	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL A PAGAR
POSITIVA	1	\$6,300	\$0	0	\$0	\$0	\$6,300	4	\$100	\$6,400	0	\$0	\$63	\$6,400

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0
SENA	0	01	\$0	0	\$0	\$0
ICBF	0	01	\$0	0	\$0	\$0
ESAP	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0
MinEdu	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$150,500
PENSIONES	1	\$192,700
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$6,400
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	TOTAL A PAGAR	VALOR
SENA	1		\$0
ICBF	1		\$0
ESAP	1		\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1		\$0
GRAN TOTAL	1		\$349,600



PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 12218492
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2017-10-06

DATOS DEL APORTANTE			
RAZÓN SOCIAL	ANDRES FELIPE PISSO TOBAR	TIPO DE PERSONA	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1061688741	D. V.	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CALLE 5IN 10 45 CASA 36	DEPARTAMENTO	POPAYAN
ACTIVIDAD ECONOMICA	0090	CORREO ELECTRONICO	0
FAX	0	SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	Independiente
		TIPO DE DOCUMENTO	
		TIPO DE APORTANTE	
		MUNICIPIO	
		TELÉFONO	
		NOMBRE SUCURSAL	
		Tipo de aportante	

REPRESENTANTE LEGAL		
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	1061688741	PISSO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
	ANDRES	FELIPE

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2017	Mes: 10	Año: 2017	Mes: 10	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$1,200,000		12218492

110

TOTALES PARA EL PERÍODO 2017 - 10

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	\$192,000	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$192,000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR AUT. IGE	VLR INCAPACIDA DES	VLR AUT. IGE	VLR AUT. IGE	VLR NETO APORTES DE COT	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES COT	RADICACIÓN INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR COT OBL	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SOS-EPS	1	\$150,000	0	0	0	0	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	\$0	0	\$0	\$0	\$150,000	\$0	\$18,000	\$150,000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES	VLR INCAPACIDA DES	VLR AUT. IGE	VLR AUT. IGE	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQÜIDACION INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	\$6,300	0	0	0	0	\$0	\$6,300	0	\$0	\$6,300	0	\$0	\$63	\$6,300

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0
SENA	0	01	\$0	0	\$0	\$0
ICBF	0	01	\$0	0	\$0	\$0
ESAP	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0
MinEdu	0	N/A	\$0	0	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$150,000
PENSIONES	1	\$192,000
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$6,300
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$348,300