	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1236-2021

N° de Radicado de solicitud de contratación:21-61399--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA	**Número de indentificación: (**CC**):** 28821063

Objeto del contrato: Prestar sus servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en la gestión administrativa de la Estrategia de Prevencion Promoción y Articulación - EPPA y actividades de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.

Forma de pago:

UN (1) UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidara aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes Febrero de 2021, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar.

SEIS (6) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000), contados a partir de marzo de 2021, incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, previa presentación del informe de actividades del contratista, formato informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar

UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($1.250.000), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a la finalización del contrato, previa presentación del informe de actividades del contratista, informe de supervisión y/o cumplimiento a satisfacción del contrato o convenio, solicitud y autorización de pago GA01-F08, suscrito por el supervisor del contrato, presentación del formato GA01-F10 formato acta de recibo final y/o informe final de ejecución y demás trámites administrativos a que haya lugar.

Fecha de suscripción: 2021-02-15	**Fecha de inicio:** 2021-02-15	**Fecha de terminación:** 2021-09-15

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 15 de septiembre de 2021, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la Aseguradora de Riesgos Laborales

Periodo de pago: Abril	**N° de pago:** Tercer

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Prórroga	**Término de la prórroga**	**Fecha final:**
Adición:	**Valor adición:**	**Valor Total:**
Reducción:	**Valor reducción:**	**Valor Total:**
Cesión:	**Cedente:**	**Cesionario:**
Suspensión:	**Término de suspensión:**	**Fecha reinicio:**

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor del contrato:	17,416,667
Pagos Realizados:	3,666,667

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1236-2021

Saldo del Contrato:	13,750,000
Valor de este Pago:	2,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	11,250,000

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Abril	**7785186175**
Certificado del revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, deencontrarse al día en el pago de la Seguridad Social Integral, Riesgos Laborales y Parafiscales para personas Jurídicas		

SEGUIMIENTO DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA/ CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

¿Tiene pendiente por legalizar gastos de desplazamiento realizados a la fecha de corte del	**SI**	**NO**
		X

AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

Código CCP	Nombre del CCP	Número de Registro Presupuestal	Valor afectación
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-005-09-5	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS AUXILIARES ESPECIALIZADOS DE OFICINA	152621	2,500,000

En el caso de la terminación del contrato (finalización de plazo, terminación anticipada o cesión), el supervisor deberá verificar la ENTREGA DE ELEMENTOS Y BIENES FÍSICOS, ARCHIVO CENTRAL Y DE GESTIÓN ASIGNADOS AL CONTRATISTA y adjuntar el formato de Entrega de Elementos, Bienes y archivos contratistas (personas naturales) debidamente diligenciado, al Formato de Acta de Recibo Final y/o informe Final de Ejecución

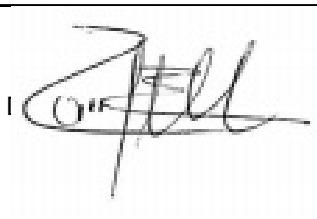
Observaciones:

En mi calidad de Supervisor o Interventor certifico que las actividades descritas por el contratista en informe anexo (cuando aplique), suscrito por este (Para personas jurídicas el representante Legal o persona debidamente facultada por la persona jurídica para presentar el informe), se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato y se verificó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema General de Seguridad Social conforme a la normatividad vigente . Por lo anterior

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 06 días del mes de Mayo de 2021

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Número de Contrato : 1236-2021



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2021.05.06 21:05:55 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la realización de visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de la Estrategia de Prevencion Promoción y Articulación - EPPA que se realicen de forma presencial o virtual dirigidas a consumidores y establecimientos de comercio y demas lugares donde el supervisor determine.	22	14.0	Durante el mes de abril realice 42 visitas de divulgación de Generalidades del Estatuto del Consumidor Ley 1480 de 2011 a comerciantes del barrio centro, comuna 1 de la ciudad de Ibagué. Realice 14 visitas de divulgación del Estatuto del Consumidor, en compañía del Ingeniero de Metrología de la ciudad de Ibagué a establecimientos dedicados a la venta de ollas a presión, así como a la venta de baldosas.
2. Apoyar la gestión documental de la Estrategia de Prevencion Promoción y Articulación - EPPA de acuerdo a las instrucciones dadas por el Supervisor y los procedimientos establecidos por la SIC	22	14.0	Diligencié planillas de registro de comerciantes en las visitas de divulgación del Estatuto del Consumidor realizadas en el mes de abril. Así mismo diligencie las listas de chequeo de los diferentes establecimientos comerciales visitados. Consolidé información de difusiones la cual fue enviada al correo de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios el día 23 de abril, igualmente hizo entrega de planillas de divulgaciones físicas ese mismo día. Ingresé al Sistema de Gestión de la RNPC los datos de las visitas realizadas a comerciantes en el transcurso del mes de abril.
3.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual.	22	14.0	Junto con el Equipos EPPA Ibagué realice avanzada a establecimientos de ollas a presión y baldosas en el cual se identificaron 48 establecimientos de comercio distribuidos en las diferentes comunas de la ciudad de Ibagué.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Realicé avanzada a establecimientos comerciales de la comuna 9 para determinar el cronograma de visitas del mes de mayo. Convoqué a comerciantes a las capacitaciones presenciales programadas para los días 9 y 27 de abril en los establecimientos de comercio Kamelot y Todo Tintas y Suministros.
4. Asistir a las reuniones programadas por parte de la Red Nacional de Protección al Consumidor, a solicitud del supervisor del contrato.	22	14.0	Asistí a reunión presencial con la Gestora de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de la ciudad de Ibagué, doctora Carolina Toro, en la cual se nos hizo entrega de los elementos de bioseguridad y además se trataron temas generales del trabajo de articulación del grupo EPPA.
5. Participar en las actividades de difusión de los servicios prestados por la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y la protección al consumidor.	22	14.0	Junto con el equipo EPPA Ibagué realicé difusiones en diferentes sitios de la ciudad de Ibagué dando a conocer los servicios que presta la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de Ibagué, así como el horario de atención a usuarios. Distribuidas de la siguiente manera: 07/04/2021 Centro Comercial Combeima 09/04/2021 Instituto Geográfico Agustín Codazzi 14/04/2021 Multicentro Comercial Chapicentro 16/04/2021 Pasaje Comercial La 14 21/04/2021 CLARO Edificio Fontainebleau 23/04/2021 Supermercado Mercacentro Cra. 5 Calle 37 28/04/2021 Movistar Cra. 5 Calle 39 30/04/2021 Alcanos Cra. 5 No. 37-64
6. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de	22	14.0	Asistí a las siguientes capacitaciones:

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimientos del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, de acuerdo con la programación establecida para tal fin.			Abril 6 Habeas Data Abril 6 Valores y principios del servidor público. Abril 8 Superfinanciera. Tema Leasing a cargo de Sebastián Marín. Abril 13 Gestión Documental. Fanny Hernández. Abril 19 Seguridad y salud en el trabajo. A cargo de Natalia Galindo. Abril 26 Temas EPPA. A cargo de Juan Pablo López.
7. Asistir de manera virtual o presencial al Curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción ofrecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, de conformidad con la programación realizada por el supervisor.	0	100.0	Culminé satisfactoriamente el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción ofrecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA				Contrato	1236-2021	
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	28821063
Teléfono fijo	2762708	Celular 1	3176767660			Celular 2	
Teléfono trabajo	2762708				Ext.		
Dirrección	Carrera 3 No. 48-75 Apto. 201 Barrio Piedra Pintada Alta				Ciudad		
Correo electrónico 1	angelaosorio3013@gmail.com				Correo electrónico 2	angelaosorio3013@gmail.	
Regimen Impuento a las	No responsable	X	Responsable		PENSIONADO	SI	NO X

1. Declaro bajo la gravedad de juramento

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el artículo 126-1 del E.T. y el artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, en concordancia con el articulo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato objeto de esta declaración, suscrito con La Superintencia de Industria y comercio, objeto del pago sujeto a retención; para dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega del detalle de la planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado como pagada.

2. Clasificación tributaria

	Si	NO
Es pensionado		X
Responsable del impuesto a las ventas.		X
Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensacion de servicios personales y para la generacion de dicho ingreso NO ha vinculado (2) dos o mas trajadores asociados al desarrollo de la actividad.	X	

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

3. Solicitud deducciones y/o beneficios tributarios

	Si	NO
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por los aportes a la medicina prepagada o plan complementario realizado a las empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendecia Nacional de Salud de acuerdo a la certificacion que adjunto como soporte.		X
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificado por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito la deduccion por intereses de vivienda de acuerdo a la certificacion expedida por la entidad que financia el credito y que adjunto como soporte.		X
Que de acuerdo a lo establecido en el Art 387 del E.T. modificaco por el Art 15 de la Ley 1607 de 2012, solicito deduccion por dependientes de acuerdo a lo relacionado en la pestaña de DEPENDIENTES del aplicativo (favor adjuntar archivo en pestaña de DEPENDIENTES).		X

Nota : En caso de no clasificarse para efectos de retencion del art 383 ET, le será aplicables las tarifas establecidas en el art 392 E.T. recopilado en el DR 1625 de 2016 en el articulo 1.2.4.3.1

4. Solicitud deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios y Cuentas AFC

Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Con fecha de aprobación 2021-03-04 21:03:32

El servicio público es de todos

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública hace constar que:

ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA

C.C 28.821.063

Participó y completó con éxito el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de marzo 2021

Adriana Vargas Tamayo

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

Código: 761015732000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28821063
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA	TELÉFONO:	2762708
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7785186175**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		970821223

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:									**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 28821063	OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	28821063	$ 5.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 290.300**