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

Número de Contrato : 209-2021

N° de Radicado de solicitud de contratación:21-9881--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:YORK MARY FLOREZ FLOREZ	**Número de indentificación: (**CC**):** 52442659

Objeto del contrato: Prestar sus servicios profesionales para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en la gestión jurídica y Administrativa de las Casas 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 Enero 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 SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.500.000), contados a partir de 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 y demás trámites administrativos a que haya lugar

UN (1) ÚLTIMO PAGO, por la suma de SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 6.500.000), 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: 2021-01-18	**Fecha de inicio:** 2021-01-18	**Fecha de terminación:** 2021-08-31

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 31 de agosto del 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:** Cuarto

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:	48,533,333
Pagos Realizados:	16,033,333

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

Número de Contrato : 209-2021

Saldo del Contrato:	32,500,000
Valor de este Pago:	6,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	26,000,000

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Abril	**9418880102**
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
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-002-01	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS JURÍDICOS	39621	6,500,000
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-002-01	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS JURÍDICOS	39621	6,500,000
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-002-01	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS JURÍDICOS	39621	6,500,000

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

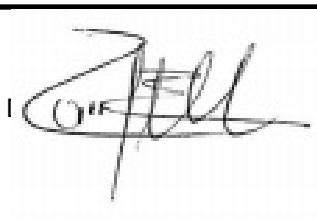
Número de Contrato : 209-2021

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



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2021.05.06 20:37:03 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la gestión jurídica y administrativa de la casa del consumidor de bienes y servicios de acuerdo con el objeto contractual.	38	12.0	Realice los informes administrativos y de gestión solicitados por el líder del proyecto. En el cumplimiento de la gestión administrativa organice y coordine las actividades como atención, difusión, divulgación, avanzada, cronogramas y capacitaciones, adelantas por todos los contratistas de la Casa del Consumidor de Villavicencio
2. Apoyar en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor y en el traslado a la autoridad competente.	38	12.0	Realice la revisión y estudio de las peticiones allegadas en materia de protección al consumidor, de conocimiento de la Casa. Realice el traslado a las autoridades competentes de las peticiones de los consumidores recibidas correo electrónico.
3. Apoyar las actividades tendientes a difundir el conocimiento en los ciudadanos de sus derechos como consumidores y en el ejercicio de las funciones administrativas de las autoridades locales en la protección al consumidor.	38	12.0	Realice difusión sobre los derechos de los consumidores y sobre los servicios que presta la casa y la nueva ubicación de la casa en barrios tales como la Esmeralda, Centro y San Isidro aproximadamente 100 difusiones.
4. Acompañar el desarrollo de programas y gestión de convenios con miembros o aliados de la Red Nacional de Protección al Consumidor que tengan por objeto promover el respeto a los derechos del consumidor entre los productores y proveedores.	38	12.0	Realice actividades de capacitación con las dependencia de la Alcaldía Direccion de Justicia como miembro de la Red Nacional de Protección al consumidor.
5. Atender oportunamente de acuerdo con los servicios y dentro de las condiciones de operación de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios a los ciudadanos en defensa de sus derechos como consumidores.	38	12.0	Realice atención y orientación presencial sobre protección de derechos de los consumidores, aproximadamente 100 usuarios de nuestros servicios.
"6. Acompañar el proceso de capacitación sobre la Ley 1480 de 2011, en materia de Protección al Consumidor.	13	37.0	Se realizaron capacitaciones sobre la Ley 1480 de 2011 y sobre la protección de los derechos de los consumidores en total 16 capacitaciones en el mes de gbril.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
7. Velar por la efectiva administración de los archivos, tanto en medio físico como magnético, aplicando los principios de flujo documental y del Sistema de Trámites establecido por la Superintendencia de Industria Comercio y apoyar en la elaboración y control de los inventarios asignados, conforme lo solicite el supervisor del contrato.	38	12.0	Realice la administración de los archivos físicos y magnéticos que se manejan en la Casa del Consumidor de Villavicencio, con la implementación de los nuevos formatos descargados del SIGI para capacitaciones y atenciones.
8. Atender los espacios de arreglo directo o del instrumento jurídico que se adelanten en la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios entre consumidores y proveedores y/o productores de acuerdo al protocolo establecido por la Superintendencia de Industria y Comercio.	0	0.0	No es posible desarrollar esta actividad por cuanto la casa del Consumidor no cuenta con internet para realizar los arreglos directos.
9. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de 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.	38	12.0	Participe activamente de las capacitaciones programadas por lay la Red Nacional de Protección al consumidor y la Superintendencia de Industria y Comercio, tale como: Habeas Data y Valores del Servidor Publico Leasing Gestion Documental Arreglo Directo SIGI Seguros
10.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	Realice el curso de Integridad, transparencia y Lucha conta la corrupción

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YORK MARY FLOREZ FLOREZ				Contrato	209-2021	
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	52442659
Teléfono fijo	3136854845	Celular 1	3136854845			Celular 2	
Teléfono trabajo	3136854845				Ext.		
Dirrección	Carrera 21 15 56				Ciudad		
Correo electrónico 1	yomaflorez@hotmail.com				Correo electrónico 2	yomaflorez@hotmail.com	
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 2021-02-17 05:02:42

El servicio público es de todos

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública hace constar que:

York Mary Florez Florez

C.C 52.442.659

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: 76941318000

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 21 n 15-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	964186124	9418880102	I	2021/05/14	2021/04/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$493,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,700,000	$272,000			$1,700,000	$212,500			$0	$0			$1,700,000	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,700,000	$272,000			$1,700,000	$212,500			$0	$0			$1,700,000	$8,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,700,000	$272,000			$1,700,000	$212,500			$0	$0			$1,700,000	$8,900		$0	$0
1	CC	52442659	FLOREZ YORK	25-14	30	$1,700,000	$272,000	EPS005	30	$1,700,000	$212,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,700,000	$8,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,700,000	$272,000			$1,700,000	$212,500			$0	$0			$1,700,000	$8,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 21 n 15-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	964186124	9418880102	I	2021/05/14	2021/04/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$493,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,000	$0	$0	$272,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$272,000	$0	$0	$272,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$0	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,900	$0	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,500	$0	$0	$212,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$212,500	$0	$0	$212,500
TOTAL				1	$493,400	$0	$0	$493,400

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 21 n 15-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	973517767	9419368607	N	2021/05/14	2021/04/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$264,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$909,000	$145,500			$909,000	$113,700			$0	$0			$909,000	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$909,000	$145,500			$909,000	$113,700			$0	$0			$909,000	$4,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$909,000	$145,500			$909,000	$113,700			$0	$0			$909,000	$4,800		$0	$0
1	CC	52442659 FLOREZ YORK	25-14	30	($1,700,000)	($272,000)	EPS005	30	($1,700,000)	($212,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,700,000)	($8,900)	0	$0	$0
2	CC	52442659 FLOREZ YORK	25-14	30	$2,609,000	$417,500	EPS005	30	$2,609,000	$326,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,609,000	$13,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$909,000	$145,500			$909,000	$113,700			$0	$0			$909,000	$4,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 21 n 15-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	973517767	9419368607	N	2021/05/14	2021/04/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$264,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,500	$0	$0	$145,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,500	$0	$0	$145,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,700	$0	$0	$113,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,700	$0	$0	$113,700
TOTAL				1	$264,000	$0	$0	$264,000