Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA	**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**CÓDIGO: GA01-F08** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2022-04-11**

Número de Contrato : 593-2023

N° de Radicado de solicitud de contratación:23-18504--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:ARLINES CASSIANI TORRES	**Número de indentificación: (**CC**):** 22801338

Objeto del contrato: Prestar sus servicios Profesionales para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en asuntos jurídicos en Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.

Forma de pago:

UN (1) PRIMER PAGO VENCIDO, el cual se liquidará aplicando la siguiente formula: valor mensual dividido en 30 y multiplicado por los días efectivamente prestados, correspondiente al mes enero de 2023, 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.

TRES (3) PAGOS MENSUALES VENCIDOS, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.400.000), contados a partir de febrero de 2023, 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) ULTIMO PAGO, por la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($2.640.000), 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: 2023-01-19	**Fecha de inicio:** 2023-01-19	**Fecha de terminación:** 2023-05-18

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 18 de mayo de 2023, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registro presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la Aseguradora de Riesgos Laborales.

Periodo de pago: Enero	**N° de pago:** Primer

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:**

SEGUIMIENTO FINANCIERO

Valor del contrato:	17,746,667
Pagos Realizados:	0
Saldo del Contrato:	17,746,667

Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA	**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**CÓDIGO: GA01-F08** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2022-04-11**

Número de Contrato : 593-2023

Valor de este Pago:	1,906,667
Nuevo Saldo del contrato:	15,840,000

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Enero	**9446562280**
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	64623	1,906,667

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 el informe de cumplimiento de actividades (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, los cuales se pueden verificar en el sistema de trámites, aplicativo de pagos y SECOP II. Por lo anterior autorizo el pago correspondiente.

Para constancia se firma en Bogotá, D.C. a los: 20 días del mes de Febrero de 2023

Industria y Comercio SUPERINTENDENCIA	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	CÓDIGO: GA01-F08 VERSIÓN: 7 FECHA: 2022-04-11

Número de Contrato : 593-2023



Firmado digitalmente por: JUAN FELIPE BARRERA GALVIS
Fecha: 2023.02.20 14:01:17 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista apoyó la gestión jurídica de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios en la revisión y estudio de peticiones presentadas por los usuarios en materia de protección al consumidor, brindando orientación virtual, telefónica y presencial al respecto de los temas correspondientes a la protección del consumidor en el mes de enero de 2023.
2. Participar en las actividades de divulgación y difusión de los servicios prestados por la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y la protección al consumidor.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista participó en las jornadas de difusión mediante llamadas telefónicas y de forma presencial durante el periodo comprendido en el mes de enero de 2023, y en la Gobernación de Bolívar se realiza difusión con los ciudadanos que asisten a la oficina de pasaporte de la Gobernación de Bolívar.
3. Apoyar los procesos de formación a los miembros que conforman la Red Nacional de Protección al Consumidor, comerciantes y comunidad en general, acerca de los derechos, deberes y demás normatividad vigente sobre protección al consumidor.	0	0.0	- Obligación no requerida durante este periodo.
4. 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.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista atendió oportunamente dentro de las condiciones de operación de la casa del consumidor de Bienes y Servicios de Bolívar, a los usuarios de la ciudad de Cartagena de manera presencial y telefónica, brindando la debida orientación, con los demás contratistas de la casa que hacen parte de la RNPC. La contratista les indica a los usuarios que asisten a la casa, el proceso para realizar mediante código QR la encuesta a satisfacción por el servicio prestado.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
5. Realizar la caracterización de los ciudadanos atendidos, el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas, asi como la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista colaboró en la actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios y en la caracterización de los ciudadanos atendidos en el Sistema de Gestión, y en la proyección de respuesta a peticiones allegadas al correo. De igual forma realiza el registro de los arreglos directos dentro del Sistema de Gestión de la RNPC durante el periodo declarado del mes de enero.
6. Participar en las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimiento programadas por el Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, en coordinación con el Supervisor del Contrato.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista participó en las actividades y sesiones convocadas por el grupo de gestión del conocimiento, formación, entrenamiento y actualización 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, y son las siguientes: 25/01/2023: Jornada de formación Casa Regional – Ley 1048 de 2011. 26/01/2023: Jornada de formación Casa Regional – Ley 1048 de 2011.
7. Apoyar la correcta gestión documental de los archivos provenientes de la misionalidad de las Casas del Consumidor, velando por que estos cumplan con el procedimiento de gestión documental y sean entregados dentro de las fechas y con los requerimientos indicados el supervisor.	0	10.0	- Obligación cumplida, la contratista realizo el control de los bienes, participa en la elaboración de los inventarios solicitados por el supervisor del contrato, realiza la correcta administración de los archivos, tanto en medio físico como magnético, aplicando los principios de flujo documental y del sistema de Trámites establecido por la

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Superintendencia de Industria.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	ARLINES CASSIANI TORRES				Contrato	593-2023	
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	22801338
Teléfono fijo	6661580	Celular 1	3116527215			Celular 2	
Teléfono trabajo	6661580				Ext.	89804	
Dirrección	San JosÃ© de los Campanos Manzana B Lote 16				Ciudad	89804	
Correo electrónico 1	arcato15@live.com.ar				Correo electrónico 2	arcato15@live.com.ar	
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
Si para la generación de los ingresos por honorarios y/o prestación de servicios personales de este contrato usted los presta de manera personal e intransferible responda "SI" ; o por el contrario fue necesario vincular (2) dos o más trabajadores para el desarrollo de las obligaciones contractuales requeridas para la generación de estos ingresos responda "NO"	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 2023-02-17 12:02:36

	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo		ARLINES CASSIANI TORRES				Contrato N°	593-2023	Año 2023
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	22801338	

Artículo 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013 Decreto 3032 de 2013 - Información para depurar la Base de la Retención

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

1.1 Concepto _____

1.2 Entidad _____

1.3 Cuenta _____

1.4 Valor _____

2. Informacion de Dependientes, Art. 15, parágrafo 2° de la Ley 1607 de 2012
¨Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes y adjunte los certificados correspondientes¨

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad	X

Relación de dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Decreto 099 del 2013:

DOCUMENTO	NOMBRE	EDAD	DESCRIPCION
1201257276	ALONSO CASSIANI TORRES	6	Hijos (as)

Con fecha de aprobación 2023-02-17 12:02:36

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-46-101046538	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
19	01	2023	19	01	2023	00:00	24	06	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CASSIANI TORRES ARLINES			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :22,801,338
DIRECCIÓN:	SAN JOSE DE LOS CAMPANOS MANZANA B LOTE 16	CIUDAD:	CARTAGENA - BOLIVAR	TELÉFONO:	3116527215

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :800,176,089-2
DIRECCIÓN:	CR 13 NO 13 27	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	6015870000
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 593 DE 2023 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO A LA RED NACIONAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR, EN ASUNTOS JURÍDICOS EN CASAS DEL CONSUMIDOR DE BIENES Y SERVICIOS..

APROBADA
Dirección Administrativa
Fecha: 19/01/2023

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA
Vo. Bo.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/01/2023	24/06/2023	$ 3,549,333.40

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,549,333.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ACOSTA AMAYA LILIANA M	122624	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELÉFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

33-46-101046538
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

registro civil alonso.pc | Sistema de seguimien | 593_POLIZA-SIGNED_ | 125.pdf | Editar

p.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.9887435

Valor de la garantía

Fecha de vigencia (hasta) 18/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual Sí No

Fecha límite para entrega de garantías: 19 días de tiempo transcurrido *(20/01/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 7 días de tiempo transcurrido *(1/02/2023 12:36:14 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quit*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones
CO1.\	Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	3.549.333,00 COP	seguro del estado S.A	24/06/2023 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle	Cance

Configuración financiera - Garantías

Agreg

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? Sí No *

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 30 días

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896339701

(415)7707212489984(8020) 000001489633970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 8 0 1 3 3 8	1	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 2 8 0 1 3 3 8	2 0 0 7 1 1 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASSIANI	TORRES	ARLINES	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR SAN JOSE DE LOS CAMPANOS SEC CRISTO REY MZ B LT 16

42. Correo electrónico: arcato15@live.com.ar

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 6 5 2 7 2 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 9 0 4 1 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 15 / 10 : 26: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CASSIANI TORRES ARLINES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

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)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
1	CC	22801338 CASSIANI ARLINES	25-14	13	$762,667	$122,100	EPS037	13	$762,667	$95,400		0	$0	$0	14-23	13	$762,667	$4,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$122,100	$0	$0	$122,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$122,100	$0	$0	$122,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$0	$0	$4,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,000	$0	$0	$4,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$95,400	$0	$0	$95,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$95,400	$0	$0	$95,400
TOTAL				1	$221,500	$0	$0	$221,500

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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

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)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
1	CC	22801338 CASSIANI ARLINES	25-14	13	$762,667	$122,100	EPS037	13	$762,667	$95,400		0	$0	$0	14-23	13	$762,667	$4,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$122,100	$0	$0	$122,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$122,100	$0	$0	$122,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$0	$0	$4,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,000	$0	$0	$4,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$95,400	$0	$0	$95,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$95,400	$0	$0	$95,400
TOTAL				1	$221,500	$0	$0	$221,500

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-46-101046538	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
19	01	2023	19	01	2023	00:00	24	06	2023	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CASSIANI TORRES ARLINES			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :22,801,338
DIRECCIÓN:	SAN JOSE DE LOS CAMPANOS MANZANA B LOTE 16	CIUDAD:	CARTAGENA - BOLIVAR	TELÉFONO:	3116527215

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :800,176,089-2
DIRECCIÓN:	CR 13 NO 13 27	CIUDAD:	BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	6015870000
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 593 DE 2023 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR AL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO A LA RED NACIONAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR, EN ASUNTOS JURÍDICOS EN CASAS DEL CONSUMIDOR DE BIENES Y SERVICIOS..

APROBADA
Dirección Administrativa
Fecha: 19/01/2023

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA
Vo. Bo.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/01/2023	24/06/2023	$ 3,549,333.40

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 3,549,333.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ACOSTA AMAYA LILIANA M	122624	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELÉFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

33-46-101046538
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

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)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$0	$0
1	CC	22801338 CASSIANI ARLINES	25-14	13	$762,667	$122,100	EPS037	13	$762,667	$95,400		0	$0	$0	14-23	13	$762,667	$4,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$762,667	$122,100			$762,667	$95,400			$0	$0			$762,667	$4,000		$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 22801338		CASSIANI TORRES ARLINES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	san jose de los campanos man B Lote 16	CARTAGENA-BOLIVAR	6661580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	11463705	9446562280	I	2023/02/09	2023/02/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$221,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$122,100	$0	$0	$122,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$122,100	$0	$0	$122,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$0	$0	$4,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,000	$0	$0	$4,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$95,400	$0	$0	$95,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$95,400	$0	$0	$95,400
TOTAL				1	$221,500	$0	$0	$221,500

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896339701

(415)7707212489984(8020) 000001489633970 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 8 0 1 3 3 8	1	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 2 8 0 1 3 3 8	2 0 0 7 1 1 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASSIANI	TORRES	ARLINES	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR SAN JOSE DE LOS CAMPANOS SEC CRISTO REY MZ B LT 16

42. Correo electrónico: arcato15@live.com.ar

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 6 5 2 7 2 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 9 0 4 1 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 15 / 10 : 26: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CASSIANI TORRES ARLINES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

registro civil alonso.pc | Sistema de seguimien | 593_POLIZA-SIGNED_ | 125.pdf | Editar

p.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.9887435

Valor de la garantía

Fecha de vigencia (hasta) 18/06/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual Sí No

Fecha límite para entrega de garantías: 19 días de tiempo transcurrido *(20/01/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 7 días de tiempo transcurrido *(1/02/2023 12:36:14 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quit*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle	Acciones
CO1.\	Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	3.549.333,00 COP	seguro del estado S.A	24/06/2023 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle	Cance

Configuración financiera - Garantías

Agreg

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? Sí No *

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 30 días