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

Número de Contrato : 1070-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-30725--2

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ	**Número de indentificación: (**CC**):** 1140829420

Objeto del contrato: Prestación de servicios profesionales Jurídicos al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor para apoyar las actividades relacionadas con las estrategias de Diálogo Ciudadano, así como 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 febrero de 2020, 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.
CINCO (5) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000), contados a partir del mes de marzo de 2020, 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 SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.733.333), 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: 2020-02-17	**Fecha de inicio:** 2020-02-17	**Fecha de terminación:** 2020-08-13

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 13 de agosto de 2020, 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 ARL.

Periodo de pago: Mayo	**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:	24,000,000
Pagos Realizados:	9,733,333

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

Número de Contrato : 1070-2020

Saldo del Contrato:	14,266,667
Valor de este Pago:	4,000,000
Nuevo Saldo del contrato:	10,266,667

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Mayo	**9406433274**
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	157620	4000000.0

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

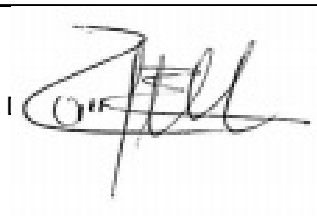
Observaciones:

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: 12 días del mes de Junio de 2020

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

Número de Contrato : 1070-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.06.12 17:16:22 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar jurídicamente en la ciudad de Barranquilla las campañas, visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades de los programas Diálogo Ciudadano – Casa del consumidor de Bienes y Servicios, dirigida a consumidores, comerciantes y proveedores del territorio nacional.	40	15.0	Realización de informe consolidado de las 5 Localidades de la Ciudad de Barranquilla, para las actividades tendientes a realizar, por el Equipo Dialogo Ciudadano, una vez superado el periodo de Aislamiento Social Preventivo, por pandemia covid-19.
2. Apoyar y acompañar en los procesos de capacitaciones jurídicas de las normas vigentes sobre protección al consumidor, dirigidas a consumidores, comerciantes y proveedores que se realicen en el lugar establecido por el supervisor del contrato.	40	15.0	Asistí y participé activamente en las jornadas de Capacitaciones, dictadas Dra. Diana Mejía 14 y 18 del mes de mayo, a manera de entrenamiento para Capacitar a los Empresarios de La ciudad. De forma Virtual a través de la plataforma "Zoom".
3. Elaborar las citaciones dirigidas a autoridades y particulares del orden nacional y local necesarios para la eficaz y correcta ejecución del programa Diálogo Ciudadano.	40	15.0	Realización de Informe Comercial de la Comuna 4 de Villavicencio y Comuna 19 (Cuba) de Pereira, para la correcta labor del Programa de Dialogo Ciudadano.
4. 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.	40	15.0	Análisis de Bases de Datos de la Casa del Consumidor de la Ciudad de Neiva, respecto a, la atención brindada por la Superintendencia de Salud.
5. Apoyar la caracterización de los ciudadanos atendidos así como el seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos sugerencias, denuncias y demandas recibidas, atendidas y trasladadas de los programas de Dialogo Ciudadano y Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.	27	20.0	Los días 7, 13 y 21 de mayo, Realicé llamadas vía Celular, en las cuales se le hizo seguimiento de satisfacción(encuesta), a los Usuarios de las Casas del consumidor y Ruta del Consumidor asignados en la Plataforma Google Drive.
6. Apoyar la elaboración y actualización de las bases de datos de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios.	20	20.0	Conforme a la Circular interna 012 del 11 de marzo del 2020, las labores de los contratistas se desarrollarán por Teletrabajo, por lo tanto, apoyé, el seguimiento de los usuarios de las Casas del Consumidor, en cuanto a la encuesta de satisfacción vía telefónica.
7.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual.	40	15.0	Asistencia a Capacitaciones Virtuales del 4 al 8 de mayo, Dictadas, por John Mesa, Pedro Sánchez, Catalina Escobar y

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Ximena Riaño, a través de la Plataforma “Meet”. Así mismo, del 12 al 15 de mayo, Dictadas, por Juan Pablo López, Augusto Sanchez, Eduardo Grillo, Nelson Rua y Jorge Polo.

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO ÚNICO CIRCULAR No. 012 DE 2020

AUTORIZACIÓN DESCUENTO APORTE VOLUNTARIO IMPUESTO SOLIDARIO COVID-19 Y DECLARACION JURAMENTADA PARA DETERMINAR LA BASE GRAVABLE.

El presente formato está conformado por tres secciones, la **primera** para el diligenciamiento de la información básica, la **segunda** para los funcionarios o trabajadores independientes contratados por la SIC por prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión, que desean realizar el aporte voluntario del impuesto solidario COVID19 y la **tercera parte es exclusiva** para **TODOS** los trabajadores independientes contratados por la SIC por prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión con el fin de establecer o confirmar la base gravable del impuesto.

1. INFORMACIÓN BÁSICA – (Marque una X o complete)**.**

Bogotá, Fecha 02 / 06 /2020

Yo, Yamile Stefhania Torres Gomez, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.140.829.420, en mi calidad de:

- ( ) Funcionario de la Superintendencia de Industria y Comercio, en el empleo de _____/

- (X) Contratista de la Superintendencia de Industria y Comercio prestando mis servicios en la siguiente dependencia: RED NACIONAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

2. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO VOLUNTARIO COVID19 – (Complete y marque con X).

En virtud de lo dispuesto en el Decreto 568 de 2020, a través del cual se creó el impuesto solidario por el COVID-19, con destinación específica a la inversión social en la clase media vulnerable y los trabajadores informales, se precisa que, únicamente deben diligenciar la siguiente información las personas que SI desean realizar el aporte voluntario, las personas que NO quieran hacerlo, NO serán sujeto del descuento.

Yo, _____ **autorizo** que de mi salario ____/ honorario ____ se descuente la suma de dinero que selecciono a continuación, según lo establecido en el artículo noveno del Decreto 568 de 2020, durante el/los meses(es) de:
mayo de 2020 ( ) junio de 2020 ( ) julio de 2020 ( ):

Rango salario en pesos		Tarifa Marginal	Aporte voluntario	Autorización (Marque con una X)
Mayores o iguales a:	Menores a:			
$1.755.606	$2.633.409	4%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima por Coordinación / menos 1.755.606) * 4% Contratistas: (Honorarios/menos 1.755.606) * 4%	
$2.633.409	$4.389.015	6%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación+ Prima por dependientes + Prima por Coordinación / menos 2.633.409) * 6% + 105.336 Contratistas: (Honorarios /menos 2.633.409) * 6% + 105.336	
$4.389.015	$6.144.621	8%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima por Coordinación /menos 4.389.015) * 8% + 210.672 Contratistas: (Honorarios/menos 4.389.015) * 8% + 210.672	
$6.144.621	$8.778.030	10%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima Coordinación /menos 6.144.621) * 10% + 351.121 Contratistas: (Honorarios/menos 6.144.621) * 10% + 351.121	
$8.778.030	$10.000.000	13%	Funcionarios: (Asignación Básica + Reserva Especial del Ahorro + Prima Técnica + Prima de Alimentación + Prima por dependientes + Prima Coordinación /menos 8.778.030) * 13%+ 614.462 Contratistas: (Honorarios/menos 8.778.030) * 13% + 614.462	

3. DECLARACIÓN JURAMENTADA EXCLUSIVO PARA PERSONAS VINCULADAS A LA SIC POR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION PUBLICA (ES DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO).

Para efectos de establecer la sujeción pasiva, el hecho generador la base gravable y la tarifa del impuesto solidario por el COVID 19, declaro bajo la gravedad de juramento a la SIC que:

(Marque una X y/o complete):

- ( ) El contrato número _____ de _____, es el único que tengo en la actualidad con entidades públicas.

- (X) En la actualidad además del contrato suscrito con la SIC, tengo otro(s) contrato(s) para lo cual remito la siguiente información:

Entidad Pública	**Valor honorario mensual**	**Correo electrónico de contacto entidad pública**	**Marque con una X**
Defensoría del Pueblo	$4.120.000	juridica@defensoria.gov.co	

Nota 1: Informe el o los correo(s) electrónico(s) del pagador/tesorero o contador o jefe financiero de la entidad pública.
Nota 2: Marque con una X la entidad pública que efectuará la retención de que trata el Decreto 568 de 2020.

FIRMA DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA:



Nota: Una vez diligenciado y firmado, debe ser enviado a la Dirección Financiera al correo de ccaceres@sic.gov.co c.mpfernandez@sic.gov.co

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato N°	1070	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	1.140.829.420		

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. Certificacion por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certiticación	Sí		No	
1.2 Crédito Compartido	Sí		No	

1.3 Porcentaje que le corresponde (%) _____ Valor que corresponde _____

2. Informacion por Salud, literal a) y b) del Art. 387 del E.T.

2.1 Certiticacion adjunta	Sí		No	

3. 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¨

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad	X
3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 anos, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente	
3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	
3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	
3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	

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

Tipo de Doc.	№ de Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
R.C.	1.048.081.659	SANTIAGO MEJIA TORRES	5	HIJO

Se firma a los 1 días del mes de JUNIO del año 2020

Firma

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato N°	1070	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	1.140.829.420		

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. Certificacion por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certiticación	Sí		No	
1.2 Crédito Compartido	Sí		No	

1.3 Porcentaje que le corresponde (%) _____ Valor que corresponde _____

2. Informacion por Salud, literal a) y b) del Art. 387 del E.T.

2.1 Certiticacion adjunta	Sí		No	

3. 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¨

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad	**X**
3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 anos, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente	
3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	
3.4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	
3.5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	

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

Tipo de Doc.	№ de Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
R.C.	1.048.081.659	SANTIAGO MEJIA TORRES	5	HIJO

Se firma a los 1 días del mes de JUNIO del año 2020

Firma

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ							
Tipo Identificación	NIT	C.C **X**	C.E		NP	NIP	Número Ident.	1.140.829.420
Teléfono fijo	3149017	Celular 1	3006830154				Celular 2	
Teléfono trabajo						Ext.		
Dirrección	Carrera 74 #82-82					Ciudad		Barranquilla
Correo electrónico 1	yamiletorres034@gmail.com					Correo electrónico 2		
Regimen Impuento a las Ventas	Simplificado	**X**	Comun		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 **№ 1070 de 2020**, 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.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora
		Mes	Año	
EPS -SANITAS	9406433274	MAYO	2020	$ 406.000,00
ARL - POSITIVA	9406433274	MAYO	2020	$ 17.000,00
AFP - PORVENIR	9406433274	MAYO	2020	$ 97.500,00

2. Para efectos de la aplicación del articulo 383 E.T.	SI	NO
a) 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 trabajadores 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 (Art. 387 del E.T. y Art. 2° del Decreto 099 de 2013 y Decreto 1070 de 2013)

	SI	NO
c) 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 deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	X	
d) 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 deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la entidad que financia el crédito.		X
e) 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 deducción por los aportes a la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1, respaldado con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.		X

Nota: Diligencie el ¨Anexo 1 Declaración Juramentada¨ solo si su respuesta fué ¨Sí¨ en alguno de los literales del ítem 3

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:

Concepto	Nombre entidad	№ de cuenta	Valor

Se firma a los 1 días del mes de JUNIO del año 2020

Firma

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 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 52 N°26B-61	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	640917521	9406433274	I	2020/06/04	2020/06/01	BANCOLOMBIA		$520,500

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
1	CC	1140829420	TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA	230301	30	$3,248,000	$97,500	EPS005	30	$3,248,000	$406,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,248,000	$17,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$3,248,000**	**$97,500**			**$3,248,000**	**$406,000**			**$0**	**$0**			**$3,248,000**	**$17,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,500	$0	$97,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$97,500	$0	$97,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,000	$0	$17,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,000	$0	$17,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$406,000	$0	$406,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$406,000	$0	$406,000
TOTAL				**1**	**$520,500**	**$0**	**$520,500**

2020/06/01 04:06 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.048.081.659

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55390951

55390951

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 2 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MEJIA | Segundo Apellido: TORRES

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes MAY Día 19 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de certificado antecedente a Declaración de Testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 53282107-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.140.829.420 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MEJIA SANCHEZ SALOMON ELIAS

Documento de identificación (Clase y número): CC 72.273.098 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES GOMEZ YAMILE STEFHANIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.140.829.420 | Firma: Yamile Torres

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción: Año 2015 Mes MAY Día 20 | Nombre y firma del funcionario autorizante: ALFONSO LUIS AVILA FADUL NOTARI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ALFONSO LUIS AVILA FADUL

Firma | Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

20.MAY.2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 218 FOLIO 049.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ALFONSO LUIS ÁVILA FADUL
Notario Tercero del Círculo de Barranquilla.

NOTARIA 3era BARRANQUILLA

CERTIFICA:

Que el presente registro es fiel y autentica copia de su original que aparece Inscrito a folio No. _____ Indicativo serial 55390951 de esta Notaria.
Expedido para acreditar parentesco.
Barranquilla 15
Este registro no tiene fecha de vencimiento Articulo 2º Decreto 2189 de 1993.

FIRMA NOTARIO