UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO
Fecha: 03-04-2020 Hora: 08:10 AM
ORIGEN MARIO FERANDO CARRILLO TUNJANO
DESTINO 280-GRUPO FINANCIERO / YENIFFER JUNCO ESPINOSA
ASUNTO INFORME PAGO PARCIAL CONTRATO N° 005 DE 2020 LIDA YASMIN MENDOZA MENDOZA
OBS

N° Folios:4

SPE-GFI-2020-ER-0002037
Al contestar cite este número

Servicio de Empleo	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATO**	**Código:** AD-Ft-13 **Versión:** 6 **Vigente desde:** 28-01-2020

1. Información Básica

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	*2/04/2020*	**ORIGINAL**	*X*	**CORRECCIÓN**					
CONTRATO No.	*005 del 09 de enero de 2020*								
NOMBRE DE CONTRATISTA	*Lida Yasmin Mendoza Mendoza*						**Número de Teléfono**	*3214918036*	
IDENTIFICACIÓN	**Cédula**	*1018447098*	**NIT**	*N/A*	**Correo Electrónico**	lufesitalaloquitarockerita@hotmail.com			
OBJETO DELCONTRATO	*Prestar los servicios de apoyo a la gestión en los procesos de gestión administrativa, principalmente en la atención al ciudadano por los diferentes canales, y atención presencial, incluyendo población víctima del conflicto armado, de la Unidad del SPE*								
PLAZO DE EJECUCIÓN	*El plazo del contrato será de once (11) meses y dieciocho (18) días y/o hasta el 31 de diciembre de 2020 lo primero que ocurra, contados a partir del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, sin superar la presente vigencia fiscal.*								
FECHA DE INICIO CONTRATO	*9/01/2020*	**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**	*26/12/2020*	**NUMERO DEL CDP**	*2220*		**NUMERO DEL RP**	*1420*	
PRÓRROGA	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA PRORROGA**	*N/A*	**PLAZO TOTAL DESPUÉS DE LA PRORROGA**		*N/A*		
		X							
ADICIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA ADICIÓN**	*N/A*	**VALOR TOTAL DESPUÉS DE LA ADICIÓN**		*N/A*		
		X							
REDUCCIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA REDUCCIÓN**	*N/A*	**VALOR TOTAL DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN**		*N/A*		
		X							
CESIÓN	**SI**	**NO**	**FECHA DE LA CESIÓN**	*N/A*	**VALOR DEL CONTRATO CEDIDO**		*N/A*		
		X							
Clase y número de cuenta	**Corriente**		**Ahorros**	*X*	**Número**	*xxxxxxx40838*	**Banco**	*Davivienda*	

2. Informacion Financiera

RUBRO PRESUPUESTAL (Código y Nombre)	USO PRESUPUESTAL (Código y Nombre)	VALOR DEL CONTRATO	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR EN EL PERIODO	SALDO POR PAGAR Y/O EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA	SALDO POR LIBERAR AL FINAL DEL CONTRATO O POR TEMINACIÓN ANTICIPADA
C-3602-1300-4-0-3602016-02 adquisición de bienes y servicios - servicio de divulgación de los procesos de formalización laboral - fortalecimiento	*A-02-02-02-008-003-01-1 Servicio consultoria en administracion y servicios de gestion*	*14.873.056*	*1.891.814*	*1.282.160*	*11.699.082*	*21%*	
C-3602-1300-5-0-3602006-02 adquisición de bienes y servicios - servicio de registro laboral - fortalecimiento de la red de prestadores en atención a víctimas a través del SPE Nacional	*A-02-02-02-008-003-01-1 Servicio consultoria en administracion y servicios de gestion*	*9.115.744*	*1.159.254*	*785.840*	*7.170.650*	*21%*	

NÚMERO DEL DOCUMENTO A PAGAR	FECHA DEL DOCUMENTO	PERIODO DEL INFORME	NUMERO DE PAGO	FECHA DE LA CERTIFICACIÓN PARAFISCAL PARA PERSONAS JURIDICAS
N/A	*N/A*	*Del 01 al 31 de Marzo 2020*	*TERCER PAGO*	*N/A*

3. Información General

FORMA DE PAGO	*Un primer pago proporcional sobre la base de DOS MILLONES SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($2.068.000), por los días ejecutados desde la suscripción del acta de inicio del contrato hasta el último día del respectivo mes, si a ello hubiere lugar. B.) Pagos mensuales iguales por el valor de DOS MILLONES SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($2.068.000). C.) Un pago final proporcional sobre la base de DOS MILLONES SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($2.068.000), por los días ejecutados durante el último mes del contrato, si a ello hubiere lugar, previa presentación del Informe de obligaciones y certificación del supervisor, el comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y Riesgos Laborales en el porcentaje establecido en el marco normativo vigente*
Nombre del Supervisor y/o Interventores	*Mario Fernando Carrillo Tunjano*
Dependencia	*Secretaria General- Grupo Administrativo*

Servicio de Empleo	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATO**	**Código:** AD-Ft-13 **Versión: 6** **Vigente desde:** 28-01-2020

4. Ejecución Contractual

OBLIGACIONES	PRODUCTOS Y DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
1) Realizar la atención y orientación a la ciudadanía en general en especial a las Víctimas del conflicto armado, a través de los diferentes canales de atención dispuestos por la Unidad, de conformidad con las indicaciones dadas por el supervisor del contrato o quien éste delegue.	*Se realiza labor de atención al cuidadano usando una base de datos relacionando la informacion de cada usuario y la solicitud del mismo. se tiene tres canales de atención el Chat , telefonico y presencial. En el mes Febrero se hace un analisis de de acuerdo a nuestros canales de atención cuantas personas se atendierión Chat´s= 576 Llamadas= 797 Atención Presencial=31 personas atendidas en la unidad.*	*Se hace entrega de CD con la información de la base de datos en excel. Se entrega planilla Digital de atención presencial y donde se evidencia la incuesta de satisfación.*
2). Asesorar y responder a los requerimientos de los usuarios, apoyándose en la información consignada en las diferentes fuentes de información, siguiendo las políticas y condiciones de la Entidad.	*Se evidencia la contante labor de atencion al ciudadano por medio de los diferentes canales de atención.*	*Se hace entrega de CD Se entrega planilla Digital de atención presencial y donde se evidencia la incuesta de satisfación.*
3). Apoyar con el suministro, procesamiento y cargue de información a las bases de datos o sistemas de información dispuestos por el Grupo Administrativo y la Secretarla General de la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo.	*Se da el cumplimiento a alimentando las bases de datos el grupo administrativo*	*Se hace entrega de CD con la información de la base de datos en excel. Se entrega planilla de atencón presencial.*
4). Recibir, clasificar, radicar, escanear, distribuir y archivar la correspondencia y demás documentación que se originen o lleguen a la oficina, de acuerdo con el sistema de información utilizado.	*Se apoyo la recepcion mediante la entrega de correspondencia a los colaboradores de la Unidad*	*No aplica*
5). Organizar y actualizar los diferentes archivos documentales de la Unidad de conformidad con la solicitud del supervisor del contrato o quien éste delegue, conforme el Sistema de Gestión Documental adoptado en la Entidad.	*Se lleva un orden de la carpeta de atención al cuidadano y de prestamo de salas y planillas de los visitantes a la unidad*	*Se Anexa planilla Prestamos de sala y planillas de ingreso a la unidad.*
6). Brindar apoyo a los diversos procesos y procedimientos administrativos de competencia del Grupo Administrativo de la Secretarla General de la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo.	*Se brinda apoyo a recepcion desde el 17-02-202 a la fecha en las difrentes labores asignadas por el coordinador del contrato atención telefonica y presencial*	*Se Anexa planilla Prestamos de sala y planillas de ingreso a la unidad.*
7). Asistir y participar en las reuniones que le sean programadas que tengan que ver con el cumplimiento y desarrollo del objeto contractual.	*No aplica*	*No fue requerido este producto*
8). Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que estén relacionas con el objeto contractual.	*No aplica*	*No fue requerido este producto*

5. Pago Aportes Parafiscales

CONCEPTO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	PERIODO CANCELADO Y NUMERO DE LA	PORCENTAJE DE PAGO
SALUD (EPS)	*$ 103.600*	*Salud Total*	*Marzo*	CORRESPONDE AL 40 % IBC SOBRE INGRESOS
ARL	*$ 4.400*	*Positiva*		
PENSIÓN	*$ 132.500*	*Colfondos*	*9403828967*	
FECHA DE PAGO	*01/04/2020*			

6. Información sobre objeto y obligaciones

CUMPLE ■ **NO CUMPLE** □

En caso de **NO CUMPLE** indique sobre elincumplimiento del objeto del contrato y de las condiciones téncicas del mismo en el respectivo periodo (Detallar en relación a las actividades desarrolladas en el periodo):

7. Firma Responsable

	Original Firmado
Mario Fernando Carrillo	**LIDA YASMIN MENDOZA MENDOZA**
C.C N°11442128	C.C N° 1018447098
Supervisor	Contratista

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 1018447098		MENDOZA MENDOZA LIDA YASMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 40 # 78 N -91 BARRIO KENEDY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	00515583	9403828967	I	2020/04/24	2020/04/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,500

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)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC	1018447098 MENDOZA LIDA	231001	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800	CCF22	30	$877,803	$17,600	14-23	30	$877,803	$4,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$4,600		$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 1018447098		MENDOZA MENDOZA LIDA YASMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 40 # 78 N -91 BARRIO KENEDY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	00515583	9403828967	I	2020/04/24	2020/04/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$272,500	$0	$0	$272,500

Servicio de Empleo	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Codigo:	AD-Ft-14
		Version:	4
		Vigente desde	28-ene-20

Yo, *Lida Yasmin MendozaMendoza*

Identificado (a):	NIT: ☐	CC: ☑	CE: ☐	NP: ☐	NIP: ☐	Número:	*1.018.447.098*	D.V.	

Teléfono (s): Ext. **1100**

Celular No.: **3214918036** Celular No.:

Dirección: **Calle 40#78N-91 Sur**

Correo Electrónico (E-mail): lufesitalaloquitarockerita@hotmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑ **y** Declarante de Renta ☐ No declarante de Renta ☑

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior superiores a 3.500 UVT ($34.270) $119.945.000.	Si :	☐	No :	☑
b.) Ha contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores para el desarrollo de la actividad. (Paragrafo 2 del articulo 383 del Estatuto Tributario).	Si :	☐	No :	☑

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Articulo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Articulo 126-1 del ET y el Articulo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del **Contrato No.** 5 **de Fecha:** 9/01/2020 suscrito con la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el articulo 18 de la ley 1122 de 2007 y el articulo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia **detallada** de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado **pagada**.

Nombre EPS, AFP y ARL	Planilla No.	Periodo		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora
		Mes	Año	
Salud Total	9403828967	MARZO	2020	$109.800,00
Colfondos		MARZO	2020	$140.500,00
Positiva		MARZO	2020	$4.600,00

a) Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotizacion, excede el tope de los 25 salarios minimos legales mensuales vigentes	Si :	☐	No :	☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T. y Articulo 2 del Decreto 0099 de 2013.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	Si :	☑	No :	☐
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	Si :	☐	No :	☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	Si :	☐	No :	☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC	N/A	N/A	N/A
Pensión Voluntaria	N/A	N/A	N/A

Se firma a los 2 días del mes de ABRIL del año 2020

SF.PG-003

ORIGINAL FIRMADO

FIRMA

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

Nombres y Apellidos: **Lida yasmin Mendoza Mendoza** Contrato No. : **5**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	NP:	☐	NIP:	☐			Número:	**1.018.447.098**	D.V.	

Articulo 2º del Decreto 0099 de 2013 Información para Depurar la Base de la Retención.

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :	☐	No :	☑
1.2 Crédito Compartido	Si :	☐	No :	☑

1.3 Porcentaje que le corresponde **0%** *y valor que le corresponde* ***$00.0***

2. Información por Salud Literal a y b del Articulo 387 del E.T.

2.1 Certificación Adjunta	Si :	☐	No :	☑

3. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Articulo 383 DEL Estatuto Tributario

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☑

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, 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 y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ☐

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 y Ciencias Forenses o también podrán ser certificadas por las Empresas Administradoras de Salud a las que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ☐

Relación de Dependientes

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
	1141355196	Joshua Stick Vega Mendoza	3 Años	Hijo

La anterior se firma el 2 del mes de Abril del año 2020

ORIGINAL FIRMADO
FIRMA