



ORIGEN MARIO FERRANDO CARRILLO TUNJANO
DESTINO 280-GRUPO FINANCIERO / YENIFFER JUNCO ESPINOSA
ASUNTO INFORME PAGO PARCIAL CONTRATO N° 005 DE 2020 LIDA YASMIN MENDOZA MENDOZA
OBS SE ENTREGAN DOCUMENTOS EN ORIGINAL A LA SECRETARIA
GENERAL/GRUPO DE CONTRACTUAL

N° Folios:4

SPE-GFI-2020-ER-0003511

Al contestar cite este número



		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		3/07/2020		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	lufesitaloquitarockerita@hotmail.com
OBJETO DEL CONTRATO		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 PRÓRROGA	N/A	PLAZO TOTAL DESPUÉS DE LA PRÓRROGA	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 TERMINACIÓN 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	6.074.347	1.282.160	7.516.549	49%	
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	3.722.987	785.840	4.606.917	49%	
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 30 de Junio 2020	Sexto	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						

	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 ciudadano usando una base de datos relacionando la información de cada usuario y la solicitud del mismo. se tiene dos canales de atención el Chat , telefonico . hace un analisis de de acuerdo a nuestros canales de atención se apoya el area de cha't desde el Chat's= 1517 Llamadas= 583 Para un total de =2100 en todo el mes Junio las consultas mas frecuentes es restablecer contraseña , subsidio de emergencia , Aplicar Vacantes de Hidrocarburos,orientación frente al funcionamiento de la plataforma, programas de gobierno.	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 satisfacción.
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.	No fue necesario este servicio	No aplica
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 Secretaría General de la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo.	No fue necesario este servicio	No aplica
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.	No fue necesario este servicio	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.	No fue necesario este servicio	No aplica
6) Brindar apoyo a los diversos procesos y procedimientos administrativos de competencia del Grupo Administrativo de la Secretaría General de la Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo.	No fue necesario este servicio	No aplica
7) Asistir y participar en las reuniones que le sean programadas que tengan que ver con el cumplimiento y desarrollo del objeto contractual.	Se asistente a las diferentees capacitaciones que ha propuesto la Unidad	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)	\$ 109.800	Salud Total	Junio	CORRESPONDE AL 40 % IBC SOBRE INGRESOS
ARL	\$ 4.600	Positiva		
PENSIÓN	\$ 140.500	Colfondos	9406337757	
FECHA DE PAGO	10/06/2020			

6. Información sobre objeto y obligaciones

CUMPLE ☒ NO CUMPLE ☐

Cumplimiento: Cumplió con oportunidad y calidad todas las actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el 01 de Junio de 2020 al 30 de Junio de 2020, se realiza seguimiento que se evidencia en los soportes radicados. Respecto de la calidad no se reportó ninguna inconformidad.

Nota: Con relación al periodo de la presente vigencia el contratista cumplió con las funciones del contrato asignadas.

RECOMENDACIONES.

• No se presentó ninguna modificación durante el periodo actual.

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

7. Firma Responsable

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
Mario Fernando Carrillo	LIDA YASMIN MENDOZA MENDOZA
C.C N°11442128	C.C N° 1018447098
Supervisor	Contratista

	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.: 3214918036

Dirección: Calle 40#78N-91 Sur

Correo Electrónico (E-mail): lufesitalaloquitarkerita@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 artículo 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 Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 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 artículo 18 de la ley 1122 de 2007 y el artículo 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	9406337757	JUNIO	2020	\$109.800,00
Colfondos		JUNIO	2020	\$140.500,00
Positiva		JUNIO	2020	\$4.600,00

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

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

b) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 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 artículo 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 artículo 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 Artículo 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 3 días del mes de JULIO del año 2020

ORIGINAL FIRMADO

FIRMA

SF.PG-003

ANEXO 1. DECLARACIÓN JURAMENTADANombres y Apellidos: **Lida yasmin Mendoza Mendoza**Contrato No. : **5**

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

Artículo 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 Artículo 387 del E.T.**

2.1 Certificación Adjunta

Si : ☐ No : ☒**3. Información de Dependientes - Parágrafo 2 del Artículo 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 **3** del mes de **JULIO** del año **2020**

ORIGINAL FIRMADO

FIRMA

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	Valor
2020-06	2020-06	51483023	9406337757	I	2020/07/23	2020/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	\$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	

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	Valor
2020-06	2020-06	51483023	9406337757	I	2020/07/23	2020/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	\$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