

		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:			
<p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>			
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: Junio		N° de pago: Quinto	
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:		13,733,333	

		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:		10,266,667	
Valor de este Pago:		4,000,000	
Nuevo Saldo del contrato:		6,266,667	
APORTES AL SGSS			
Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	Mes	N° de Planilla:	
	Junio	9407536261	
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: 27 días del mes de Julio 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: 2020.07.27

12:03:04 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.	55	20.0	Realización de informe consolidado de las Plazas de Mercados de la Ciudad de Barranquilla, para las actividades tendientes a realizar, por el Equipo Dialogo Ciudadano, una vez superada 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.	55	20.0	Asistí y participé activamente en las jornadas de Capacitaciones, dictadas Dra. Diana Mejía el día 17 de junio, en forma de entrenamiento para Capacitaciones que se realizaran a los Empresarios de la ciudad de Barranquilla y para las Visitas a Comerciantes. 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.	55	20.0	Realización de Informe Comercial de la Comuna 18 (Olímpica), 17 (San Joaquín), de la ciudad de Pereira, para el 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.	55	20.0	Análisis de Bases de Datos de la Casa del Consumidor de la Ciudad de Pereira, respecto a, la atención brindada por la Superintendencia de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio.
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.	47	23.0	Los días 10, 11, 17, 18, 24 y 25 de junio, 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.	40	25.0	Conforme a la Circular interna 012 del 11 de marzo del 2020. las labores de los contratistas se desarrollarán por Teletrabajo y a la fecha del informe rendido, esta obligación no fue requerida.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
7.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto contractual.	55	23.0	Asistencia a Capacitación Virtual del 2 al 5 de junio, Dictadas, por el Grupo de Gestión del Conocimiento de la SIC, Diana Murgas y Fanny Hernández, a través de la Plataforma “Meet” y “Zoom”. Asistí a las Capacitaciones Virtuales en las jornadas programadas los días 9 al 12 de junio, Dictadas, por el Grupo de Gestión del Conocimiento de la SIC, Diana Murgas, Superservicios y Fanny Hernández, a través de la Plataforma “Meet”.

FORMATO ÚNICO CIRCULAR No. 012 DE 2020

**AUTORIZACIÓN DESCUENTO APOORTE 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 01 / 07 /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 descuenta 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



(Anexo 1)

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato N°	1070	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C. ☒	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. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	☐ 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 Certificación 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	☒
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 doscientos 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 doscientos 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.	Nº 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 JULIO del año 2020



Firma

FORMATO ÚNICO CIRCULAR No. 012 DE 2020

**AUTORIZACIÓN DESCUENTO APOORTE 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 01 / 07 /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 descuenta 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



FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ						
Tipo Identificación	NIT	C.C. ☒	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 Impuesto a las Ventas	Simplificado	☒	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 artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato **Nº 1070 de 2020**, suscrito con La Superintendencia 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.	Período		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora
		Mes	Año	
EPS -SANITAS	9407536261	JUNIO	2020	\$ 406.000,00
ARL - POSITIVA	9407536261	JUNIO	2020	\$ 17.000,00
AFP - PORVENIR	9407536261	JUNIO	2020	\$ 519.700,00

2. Para efectos de la aplicación del artículo 383 E.T.

SI NO

a) Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensación de servicios personales y para la generación 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 retención 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 artículo 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 fue "SI" 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	Nº de cuenta	Valor

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



Firma

(Anexo 1)

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ				Contrato N°	1070	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C. ☒	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. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	☐ 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 Certificacion 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	☒
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	☐
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.	Nº 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 JULIO del año 2020

Firma

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YAMILE STEFHANIA TORRES GOMEZ						
Tipo Identificación	NIT	C.C. ☒	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 Impuesto a las Ventas	Simplificado	☒	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 artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato **Nº 1070 de 2020**, suscrito con La Superintendencia 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.	Período		Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin interes de mora
		Mes	Año	
EPS -SANITAS	9407536261	JUNIO	2020	\$ 406.000,00
ARL - POSITIVA	9407536261	JUNIO	2020	\$ 17.000,00
AFP - PORVENIR	9407536261	JUNIO	2020	\$ 519.700,00

2. Para efectos de la aplicación del artículo 383 E.T.

SI NO

a) Sus ingresos corresponden a honorarios y/o compensación de servicios personales y para la generación 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 retención 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 artículo 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 "SI" 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	Nº de cuenta	Valor

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



Firma

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140829420		TORRES GOMEZ YAMILE STEPHANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 74 N° 82-82 Torre 3 Apto 1206	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3149017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2020-06	2020-06	671795587	9407536261	I	2020/07/06	2020/07/03	BANCOLOMBIA	\$942,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
1	CC 1140829420	TORRES GOMEZ YAMILE STEPHANIA	230301	30	\$3,248,000	\$519,700	EPS005	30	\$3,248,000	\$406,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$3,248,000	\$17,000	0
Total Afiliados (1)					\$3,248,000	\$519,700			\$3,248,000	\$406,000			\$0	\$0			\$3,248,000	\$17,000	\$0

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$519,700	\$0	\$519,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$519,700	\$0	\$519,700
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	\$942,700	\$0	\$942,700

NUIP 1.048.081.659

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55390951

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registrador ☐ Notario ☒ Número ☐ Correlativo ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐ C 2 L	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía	
NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA	
Datos del inscrito	
Primer apellido	Segundo Apellido
MEJIA	TORRES
Nombre(s)	
SANTIAGO	
Fecha de nacimiento	
Año ☐ 2015 Mes ☐ MAY Día ☐ 20	Edad (en años) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9
Sexo ☐ F ☒ M MASCULINO	
Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)	
COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA	
Tipo de nacimiento: prenatal, natural, adoptivo o Calificación de los hijos	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	
Número de inscripción de nacidos vivos 53282107-0	
Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
TORRES GOMEZ YAMILE STEPHANIA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.140.829.420	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía	
COLOMBIA	
Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
MEJIA SANCHEZ SALOMON ELIAS	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 72.273.098	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía	
COLOMBIA	
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
TORRES GOMEZ YAMILE STEPHANIA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.140.829.420	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía	
COLOMBIA	
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
COLOMBIA	
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
COLOMBIA	
Fecha de inscripción	
Año ☐ 2015 Mes ☐ MAY Día ☐ 20	Nombre y firma del funcionario
	ALFONSO LUIS AVILA FADU NOTARIO
Reconocimiento potestativo	
Nombre y firma del declarante	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
YAMILE STEPHANIA TORRES GOMEZ	ALFONSO LUIS AVILA FADU
ESPACIO PARA NOTAS	
20 MAY 2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 218 FOLIO 049.	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

 <p>NOTARIA 3 BARRANQUILLA</p>		<p>ALFONSO LUIS ÁVILA FADUL Notario Tercero del Circuito de Barranquilla.</p>
<p>CERTIFICA:</p>		
<p>Que el presente registro es fiel y auténtica copia de su original que aparece inscrito a folio No. <u>15</u> Indicativo serial <u>55390951</u> de esta Notaría.</p>		
<p>Expedido para acreditar parentesco.</p>		
<p>Barranquilla</p>		
<p>Este registro no tiene efecto de vencimiento Artículo 2º Decreto 2189 de 1993.</p>		
<p>FIRMA NOTARIO</p>		