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

Número de Contrato : 41-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-3625--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA	**Número de indentificación: (**CC**):** 53089145

Objeto del contrato: Prestación de servicios profesionales de un abogado para apoyar al Grupo de Trabajo de Contratación de la Superintendencia de Industria y Comercio en el desarrollo de las actividades jurídicas y contractuales que tenga a su cargo, en especial las derivadas del fortalecimiento de la Oficina de Tecnología e Informática.

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 enero 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.
DIEZ (10) DIEZ (10) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de SIETE MILLONES CUATRO MIL PESOS M/CTE ($7.004.000.00), contados a partir del 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 y demás trámites administrativos a que haya lugar.
UN (1) UN (1) ULTIMO PAGO, por la suma de NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($933.867.00), 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: 2020-01-08	**Fecha de inicio:** 2020-01-08	**Fecha de terminación:** 2020-12-04

Plazo: Hasta el 4 de diciembre de 2020, contado a partir de la aprobación del documento físico de la garantía única de cumplimiento, previo registró presupuestal e inicio de la cobertura de la afiliación a la ARL

Periodo de pago: Abril	**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:	76,810,534

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

Número de Contrato : 41-2020

Pagos Realizados:	19,611,200
Saldo del Contrato:	57,199,334
Valor de este Pago:	7,004,000
Nuevo Saldo del contrato:	50,195,334

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Abril	**9405897637**
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
3599-0200-6-0000/3599922/02-02-02-008-002-01	OTI/Servicios de información implementados/SERVICIOS JURÍDICOS	7820	7004000.0

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 Mayo de 2020

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

Número de Contrato : 41-2020

DP_PAGO



Firmado digitalmente por: EDWIN ARBEY ROMERO ROMERO
Fecha: 2020.05.12 18:50:57 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Revisar las garantías de los contratos para su posterior aprobación y solicitar por escrito a los contratistas, las correcciones o aclaraciones de las pólizas cuando se requieran.	24	8.0	Se revisaron las garantías de los contratos de prestación de servicios allegadas por los contratistas para su respectiva aprobación y posterior verificación del cargue en la plataforma SECOP II.
2. Revisar y organizar los expedientes contractuales, de los procesos y trámites asignados por el supervisor.	24	8.0	Se organizaron los documentos de los expedientes correspondientes a los trámites contractuales adelantados en el teletrabajo.
3. Apoyar en los procesos de selección (Licitaciones, Selecciones Abreviadas, Concurso de Méritos, Contratación Directa y selección de mínima cuantía) que adelante la Superintendencia de Industria y Comercio, de acuerdo a la necesidad de las dependencias y la asignación del Supervisor del Contrato.	24	8.0	Se reviso la documentación para una posible contratación Directa de persona natural de la Dirección Financiera.
4. Verificar la publicación de los actos y contratos en el SECOP, así como la aceptación por parte del contratista.	24	8.0	Se verificó en la plataforma y en el aplicativo de contratos el cargue de l contratos suscritos con las diferentes dependencias para efectos de control y solicitudes de información.
5. Revisar y verificar que los contratos queden debidamente registrados.	24	8.0	Se verificó el registro de cada uno de los contratos suscritos en la plataforma del SECOP II.
6. Apoyar en la verificación de la legalización de contratos y convenios que se requieran en la ejecución del contrato, así como diligenciar la información requerida en el Sistema de Gestión de Estudios Previos.	24	8.0	Se verificò la legalización de los contratos suscritos con las diferentes dependencias.
7. Realizar las recomendaciones necesarias para el debido desarrollo de los procesos contractuales.	24	8.0	Se socializaron las aclaraciones y las recomendaciones que dentro del proceso contractual surgieron para poder continuar con el mismo.
8. Proyectar y revisar respuestas a las solicitudes efectuadas por los contratistas en desarrollo de la actividad contractual.	24	8.0	Se proyectaron las modificaciones de los contratos, ajustes, y aclaraciones que fueron requeridas.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
9. Proyectar para la firma del ordenador del gasto los actos administrativos que se produzcan o sean necesarios en las diferentes etapas del proceso contractual.	24	8.0	Se proyectaron por solicitud del supervisor para firma de la ordenadora del gasto las modificaciones de los contratos que así lo requerían.
10. Apoyar Jurídicamente en elaboración de las audiencias públicas de análisis de riesgos, de aclaración de pliegos, adjudicaciones y subastas que le sean encomendadas al Grupo de Trabajo de Contratación.	0	16.0	Se brindo apoyo jurídico para adelantar de manera virtual las audiencias publicas de los diferentes procesos adelantados. en el grupo de contratación.
11. Proyectar o revisar actas de liquidación de contratos y convenios que le sean encomendadas.	16	12.0	Se revisaron las actas de liquidación de los contratos cuyos contratistas solicitaron la terminación anticipada
12. Apoyar en el trámite de los procedimientos de imposición de multas y sanciones a los contratistas, de acuerdo a las instrucciones impartidas por el Supervisor del contrato.	0	12.0	Se apoyo la revisión de los procesos para adelantar posibles imposiciones de sanciones a contratistas.
13. Proyectar respuesta a derechos de petición y requerimientos que sean radicados ante la Secretaria General y el Grupo de Trabajo de Contratación.	0	12.0	Se proyecto respuesta a requerimientos en los que se solicitaba información acerca de los contratos suscritos por el grupo de Contratos.
14. Apoyar en la evaluación jurídica de las propuestas presentadas en los procesos de selección de contratistas, conformando de esta manera el Comité de evaluación desde el componente jurídico.	0	12.0	Se brindo asistencia para la revisión de propuestas presentadas en los procesos de contratación adelantados en el Grupo de Contratos.
15. Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	24	8.0	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato para adelantar medidas de teletrabajo, así como revisión de documentos. Se asistió a capacitaciones virtuales de normatividad vigente expedida en medio de la emergencia COVID -19
16. El lugar de ejecución del contrato es la ciudad de Bogotá D.C.	24	8.0	La Ejecución del contrato se esta llevando a acabo desde el domicilio del contratista en la ciudad de Bogotà debido a la emergencia COVID -19
17. Apoyar en la revisión de los Estudios Previos y demás documentos contractuales para los trámites de contratación,	24	8.0	Se revisaron los documentos contractuales allegados para la modificación de contratos solicitados por la Oficina

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
radicados por las Dependencias de la Superintendencia de Industria y Comercio.			Juridica.
18. Resolver las consultas jurídicas que se presenten en desarrollo del objeto contractual con la mayor celeridad posible.	24	8.0	Se resolvieron las consultas hechas por los diferentes contratistas en el desarrollo de la actividad contractual.

	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA						
Tipo Identificación	NIT	C.C. X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145
Teléfono fijo	N/A		3176758611			Celular 2	N/A
Teléfono trabajo	5870000				Ext.	10203	
Dirrección	KR 72 N SUR No 39-65 Bq 18 apto 270				Ciudad		BOGOTÁ
Correo electrónico 1	c.oecheverry@sic.gov.co				Correo electrónico 2		luciech29@hotmail.com
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 № 41** 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	
SANITAS	9405897637	MARZO	2020	$ 350.200,00
PROTECCION	9405897637	MARZO	2020	$ 448.300,00
POSITIVA	9405897637	MARZO	2020	$ 14.500,00

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 item 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
N/A			
N/A			

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA				Contrato N°	41	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145		

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	Si		No	X
1.2 Crédito Compartido	Si		No	X
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	Si		No	X

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
TI	1.070.595.507	RAFAEL FELIPE DIAZ ECHEVERRY	13	HIJO
TI	1.011.204.469	JORGE DAVID DIAZ ECHEVERRY	9	HIJO

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA						
Tipo Identificación	NIT	C.C. X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145
Teléfono fijo	N/A		3176758611			Celular 2	N/A
Teléfono trabajo	5870000				Ext.	10203	
Dirrección	KR 72 N SUR No 39-65 Bq 18 apto 270				Ciudad		BOGOTÁ
Correo electrónico 1	c.oecheverry@sic.gov.co				Correo electrónico 2		luciech29@hotmail.com
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 № 41** 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	
SANITAS	9405897637	MARZO	2020	$ 350.200,00
PROTECCION	9405897637	MARZO	2020	$ 448.300,00
POSITIVA	9405897637	MARZO	2020	$ 14.500,00

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 item 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
N/A			
N/A			

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA				Contrato N°	41	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145		

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	Si		No	X
1.2 Crédito Compartido	Si		No	X
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	Si		No	X

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
TI	1.070.595.507	RAFAEL FELIPE DIAZ ECHEVERRY	13	HIJO
TI	1.011.204.469	JORGE DAVID DIAZ ECHEVERRY	9	HIJO

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

	FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA						
Tipo Identificación	NIT	C.C. X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145
Teléfono fijo	N/A		3176758611			Celular 2	N/A
Teléfono trabajo	5870000				Ext.	10203	
Dirrección	KR 72 N SUR No 39-65 Bq 18 apto 270				Ciudad		BOGOTÁ
Correo electrónico 1	c.oecheverry@sic.gov.co				Correo electrónico 2		luciech29@hotmail.com
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 № 41** 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	
SANITAS	9405897637	MARZO	2020	$ 350.200,00
PROTECCION	9405897637	MARZO	2020	$ 448.300,00
POSITIVA	9405897637	MARZO	2020	$ 14.500,00

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 item 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
N/A			
N/A			

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA				Contrato N°	41	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	53.089.145		

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	Si		No	X
1.2 Crédito Compartido	Si		No	X
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	Si		No	X

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
TI	1.070.595.507	RAFAEL FELIPE DIAZ ECHEVERRY	13	HIJO
TI	1.011.204.469	JORGE DAVID DIAZ ECHEVERRY	9	HIJO

Se firma a los 11 días del mes de MAYO del año 2020

Firma

Scanned by TapScanner

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 11 / 05 /2020

Yo, **OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 53.089.145, 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: **GRUPO DE TRABAJO DE CONTRATACION**

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 ( ):

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

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:

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

(Marque una X y/o complete):

➢ **(X)** El contrato número **41 de 2020**, es el único que tengo en la actualidad con entidades públicas.

➢ ( ) 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

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

Scanned by TapScanner

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 11 / 05 /2020

Yo, **OLGA LUCIA ECHEVERRY OSPINA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 53.089.145, 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: **GRUPO DE TRABAJO DE CONTRATACION**

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 ( ):

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

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:

Scanned by TapScanner

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

(Marque una X y/o complete):

➢ **(X)** El contrato número **41 de 2020**, es el único que tengo en la actualidad con entidades públicas.

➢ ( ) 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

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

Scanned by TapScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53089145		ECHEVERRY OSPINA OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARIMAGUA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4511416	Si

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	619235871	9405897637	I	2020/04/14	2020/05/07	BANCOLOMBIA	23	$813,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	53089145	ECHEVERRY OLGA																		230201	30	$2,801,600	$448,300	EPS005	30	$2,801,600	$350,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,801,600	$14,700	0	$0	$0	No	$813,200
Total	**Afiliados(1)**																						$2,801,600	$448,300			$2,801,600	$350,200			$0	$0			$2,801,600	$14,700		$0	$0		$813,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53089145		ECHEVERRY OSPINA OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARIMAGUA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4511416	Si

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	619235871	9405897637	I	2020/04/14	2020/05/07	BANCOLOMBIA	23	$813,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,300	$0	$0	$448,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$448,300	$0	$0	$448,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$0	$0	$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,700	$0	$0	$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,200	$0	$0	$350,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$350,200	$0	$0	$350,200
TOTAL				1	$813,200	$0	$0	$813,200

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.070.595.507**

DIAZ ECHEVERRY

APELLIDOS

RAFAEL FELIPE

NOMBRES



Rafael Felipe Diaz

FIRMA

Scanned by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-2007

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-ENE-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ M
G S RH SEXO

01-DIC-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ÁRIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2900100-00720642-M-1070595507-20150710 0044872487A 4 6383174975

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.204.469**

DIAZ ECHEVERRY

APELLIDOS

JORGE DAVID

NOMBRES

Jorge David Diaz E.

FIRMA



Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

05-MAY-2028 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

19-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00959293-M-1011204469-20171128 **0058**615742A 1 49615568

Scanned with CamScanner