FONPRECON Pensiones y Cesantías	INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS CONTRATISTAS	CODIGO: F01-PRO-GAF-024 VERSION: 7 FECHA DE APROBACIÓN: 21/05/2018

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARMEN CRISTINA GARZON GONZALEZ		
TIPO DE IDENTIFICACION	NIT [ ] CC [X]	No. DE IDENTIFICACION:	52.332.160
No. DEL CONTRATO	41	FECHA INICIO	03-feb-20
FECHA TERMINACIÓN	02-nov-20		
CARGO DEL SUPERVISOR	coordinador grupos bienes y servicios		
INFORME CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL:	26 de abril al 25 de mayo de 2020		

INFORME

(artículo 8. - Decreto 103 de 2015)

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	EJECUTADA SI	EJECUTADA NO	ACTIVIDADES EJECUTADAS
PRESTAR SERVICIO PARA ORIENTAR ACTIVIDADES TENDIENTES A DESARROLLAR TECNICAS DE ARTE COUNTRY Y RECICLAJE DIRIGIDAS A LOS PENSIONADOS DE FONPRECON CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE SEIS HORAS SEMANALES.	X		se realizo clases virtuales por medio de video tutorial en youtube de los siguientes proyectos: flores en pintura en tela, casa de hadas en papel maché y portavasos en tecnica de fluidos

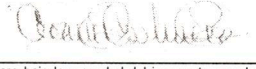
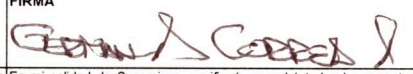
VALOR A COBRAR

Verificado el cumplimiento de las obligaciones por el supervisor el valor bruto a cancelar por el periodo certificado es:			**$ 1.040.000**
Indique el valor mensual del contrato:			**$ 1.040.000**
SALUD: SALUD TOTAL	**PENSION: PROTECCION**	**ARL: POSITIVA**	**IBC: 877.803**
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	N°14122220258	TIPO DE CUENTA Y BANCO	CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA

DEDUCCIONES DE RENTA O PARA LA LIQUIDACIÓN DE RETENCION EN LA FUENTE

Si presenta credito de vivienda actualmente indique el valor de intereses mensuales pagados en el año inmediatamente anterior				$	
Si presenta medicina prepagada indique el valor pagado mensual en el año inmediatamente anterior				$	
Presenta personas a cargo: hijos menores de edad, o entre 18 y 23 años si estan estudiando, o personas en situacion de discapacidad que dependan economicamente del contratista				**SI X**	**NO**
Es mayor a 50 años y no esta obligado a cotizar pensión	SI	NO X	Es pensionado	**SI**	**NO X**

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. A los (26) veintiseis dias del mes de mayo de 2020

CONTRATISTA	SUPERVISOR DEL CONTRATO
NOMBRE: CARMEN CRISTINA GARZON GONZALEZ	**NOMBRE: GERMAN ARMANDO CORREA AMADO**
FIRMA 	**FIRMA** 
Con esta firma declaro bajo la gravedad del juramento, que he cumplido con todas las obligaciones contractuales y legales que me corresponden en virtud de lo aquí establecido, incluido el cumplimiento de la claùsula de confidencialidad establecida en el Contrato. Que toda la información aquí detallada es verídica y que he realizado los aportes a Salud, Pensión y ARL (adjunto soporte) .	En mi calidad de Supervisor, verifiqué y aprobé todos los soportes que amparan esta solicitud de pago y que el contratista cumplió las obligaciones contractuales y legales que le corresponden.

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	52332160
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			CARMEN CRISTINA GARZON GONZALEZ GARZON GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CRA 117A NO. 70-49 APTO 203 TORRE 1	TELÉFONO	4752686
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		**7753124798**	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	abril AÑO	2020
DÍAS DE MORA		0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020/05/26	NUMERO AUTORIZACIÓN			635213356

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECCION	1	$ 26 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26 400	$ 0	$ 26 400
SUBTOTALES										**$ 26.400**	**$ 0**	**$ 26.400**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109 800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109 800	$ 0	$ 0	$ 109 800
SUBTOTALES													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4 600	$ 4 600	$ 0	$ 0	$ 4 600
SUBTOTALES									**$ 4 600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4 600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52332160	GARZON GONZALEZ CARMEN CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 877 803			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

N	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 877 803	$ 26 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 26 400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

N	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877 803	$ 109 800	$ 0	$ 109 800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

N	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877 803	52332160	$ 4 600

PARAFISCALES

N	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 140.800**

Planilla Pagada

Bogotá, 26 de mayo de 2020

Señores
FONDO DE PREVISION SOCIAL
DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA
Ciudad.

Asunto: Disminución de la base de retención en la fuente.

En mi condición de contratista y de conforme a los Decreto 4713 de 2005, D. 2271 de 2009 ley 1819/16 y demás normas concordantes o complementarias, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios 41 de 2020 les informo sobre las disminuciones de mi base de retención:

a) De acuerdo a la Ley 1819 de 2016 informo que no tengo trabajadores subcontratados para la prestación de este servicio.

b) Bajo la gravedad de juramento certifico que anexo planilla PILA del mes de abril de 2020.

Cordialmente,



CARMEN CRISTINA GARZON G.
Contratista
C. C. 52.332.160 de Bogotá.