

		FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
Número de Contrato : 1153-2020			
N° de Radicado de solicitud de contratación: 20-40573--0			
INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombre del contratista: JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO		Número de indentificación: (CC): 80769796	
Objeto del contrato: Prestación de servicios profesionales de un abogado para apoyar la gestión jurídica en el Grupo de Trabajo de Investigaciones Administrativas de Protección de Usuarios de Servicios de Comunicaciones de la SIC.			
Forma de pago:			
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. NUEVE (9) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$4.640.000,00), contados a partir del 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. UN (1) ULTIMO PAGO, por la suma de DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE (\$2.784.000.00), incluidos todos los impuestos a los que haya lugar, el cual deberá ser tramitado a más tardar el 14 de diciembre de 2020, 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 y demás trámites administrativos a que haya lugar.			
Fecha de suscripción: 2020-02-19		Fecha de inicio: 2020-02-19	Fecha de terminación: 2020-12-18
Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 18 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: Tercer	
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:		46,245,333	

		FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O CUMPLIMIENTO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
Número de Contrato : 1153-2020			
Pagos Realizados:	6,341,333		
Saldo del Contrato:	39,904,000		
Valor de este Pago:	4,640,000		
Nuevo Saldo del contrato:	35,264,000		
APORTES AL SGSS			
Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	Mes	N° de Planilla:	
	Abril	9405123941	
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	
AFECCIÓN PRESUPUESTAL			
Código CCP	Nombre del CCP	Número de Registro Presupuestal	Valor afectación
3503-0200-15-0000/3503017/02-02-02-008-002-01	PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR/Servicios de protección al consumidor dentro de las competencias de la Superintendencia de Industria y Comercio/SERVICIOS JURÍDICOS	168720	4640000.0
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: 05 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 : 1153-2020

Firmado digitalmente

por: JESSICA
BURBANO DIAZ
Fecha: 2020.05.05
13:42:38 COT
Razón:
AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá,
Colombia.

I 

FIRMA
Supervisor
Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Las obligaciones del presente contrato se desarrollarán en la ciudad de Bogotá D.C.	4	0.0	Si todas las obligaciones han sido ejecutadas en la ciudad de Bogotá
2. Proyectar y/o revisar los actos administrativos que deban ser expedidos en la etapa preliminar, por la presunta violación al Régimen de Protección de Usuarios de Servicios de Comunicaciones y de Servicios Postales.	0	0.0	N/A
3. Proyectar y/o revisar los actos administrativos de formulación de cargos, actos de pruebas y actos que corren traslado para alegar de conclusión dentro de las investigaciones por presunta violación al Régimen de Protección de Usuarios de Servicios de Comunicaciones y de Servicios Postales.	0	0.0	N/A
4. Proyectar y/o revisar los actos administrativos que decidan las investigaciones administrativas por la presunta violación al Régimen de Protección de Usuarios de Servicios de Comunicaciones y de Servicios Postales.	0	0.0	N/A
5. Proyectar y/o revisar los actos administrativos que resuelvan los recursos de apelación y/o de queja interpuestos contra las decisiones que profieran los proveedores de servicios de comunicaciones y los operadores de servicios postales.	4	0.0	Proyecte 4 expedientes diarios para un total de 70.
6. Elaborar los informes que sean requeridos por el supervisor del contrato.	0	0.0	N/A
7. Incluir en los aplicativos del Sistema de Trámites de la Superintendencia y en los archivos que se le asigne, la información de cada trámite de acuerdo con el instructivo diseñado por la Dirección, con calidad, oportunidad y de manera actualizada.	0	0.0	N/A

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
8. Radicar en el sistema de trámite de la Superintendencia de Industria y Comercio la cuenta de cobro a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes.	4	0.0	Si, tramitadas en el periodo establecido
9. EL CONTRATISTA deberá allegar el Formato Acta de Recibo Final y/o Informe Final de Ejecución (GA01-F10) debidamente diligenciado al tramitarse la finalización del plazo contractual, o la terminación anticipada, o en la cesión del contrato. Cuyo formato debe ser entregado al Supervisor a la fecha de terminación, con el fin de lograr la formalización de tramite a desarrollarse; de igual forma debe tramitar la última cuenta de cobro, en las condiciones establecidas en el presente contrato.	0	0.0	N/A
10. Realizar las demás actividades que se requieran dentro de las competencias de la Dirección de Investigaciones de Protección de Usuarios de Servicios de Comunicaciones, según las instrucciones del supervisor.	4	0.0	Si, tramitadas en el periodo establecido

INFORME ACTIVIDADES

Dando cumplimiento al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 1153-2020, a continuación, se detallan las actividades desarrolladas:

Informe de actividades de ABRIL 1 A 30 de 2020

LOGROS Y RESULTADOS	Proyección de recursos de apelación de los siguientes radicados:	
	303740	2019
	303751	2019
	303806	2019
	303830	2019
	303863	2019
	303866	2019
	303872	2019
	5631	2020
	5669	2020
	5713	2020
	5931	2020
	5937	2020
	5979	2020
	6047	2020
	6054	2020
	6055	2020
	6067	2020
	6077	2020
	6085	2020
	15501	2020
	15663	2020
	15683	2020
	15703	2020
	15736	2020
	15764	2020
	15953	2020
	16242	2020
	16308	2020
	16507	2020
	17302	2020
	16540	2020
	16554	2020
	16560	2020
	16564	2020
	16568	2020
	16573	2020
	19565	2020
	19577	2020
	19589	2020
	26065	2020
	19605	2020
	19614	2020

	19682	2020	
	21077	2020	
	21976	2020	
	22007	2020	
	22454	2020	
	25606	2020	
	22733	2020	
	23401	2020	
	23530	2020	
	23642	2020	
	23667	2020	
	24821	2020	
	22011	2020	
	33027	2020	
	33092	2020	
	33095	2020	
	33099	2020	
	33137	2020	
	33177	2020	
	33237	2020	
	33242	2020	
	33279	2020	
	33324	2020	
	33386	2020	
	33440	2020	
	33448	2020	
Para constancia se firma en Bogotá, el 4 de abril de 2020			

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 04 / 05 /2020

Yo, JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80.769.796, 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: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE PROTECCIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE COMUNICACIONES.

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 seleccione 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 No. ____ de ____, es el único que tengo en la actualidad con entidades públicas.

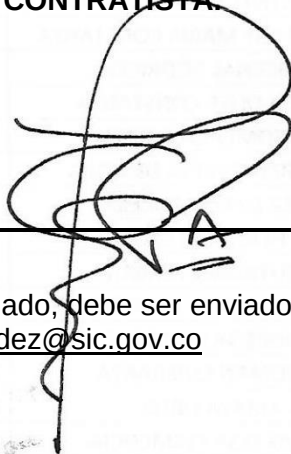
➤ (X) En la actualidad además del contrato suscrito con la SIC, tengo otro(s) contrato(s) para lo cual remito la siguiente información:

Entidad Pública	Valor honorario Mensual	Correo electrónico de contacto entidad pública	Marque con una X
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL	\$6.192.000	marevalo@mineducacion.com Magda Mercedes Arevalo Rojas eortegac@mineducacion.com Edna Patricia Ortega Cordero	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 o c.mpfernandez@sic.gov.co

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO						
Tipo Identificación	NIT	C.C. ☒	C.E.	NP	NIP	Número Ident.	80.769.796
Teléfono fijo		Celular 1	3133506496			Celular 2	
Teléfono trabajo	5870000				Ext.	40081	
Dirección	CRA 70 No. 22-75 MZ C INT 12 APTO 102				Ciudad	BOGOTA	
Correo electrónico 1	c.jgparra@sic.gov.co				Correo electrónico 2	agudelo1984@hotmail.com	
Regimen Impuesto a las Ventas	Simplificado	☒	Comun		PENSIONADO	SI ☐ NO ☒	

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. 1153 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 interés de mora
		Mes	Año	
COLPENSIONES, COMPENSAR, POSITIVA	9405123941	MARZO	2020	297,000, 232,000, 9,700

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 4 días del mes de ABRIL 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 80769796		PARRA AGUDELO JUAN GABRIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cil 51 N 71b- 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9255477	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-03	2020-03	607307335	9405123941	I	2020/04/24	2020/04/24	BANCO DAVIVIENDA	\$538,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	80769796	PARRA AGUDELO JUAN GABRIEL	25-14	30	\$1,856,000	\$297,000	EPS008	30	\$1,856,000	\$232,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,856,000	\$9,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,856,000	\$297,000				\$1,856,000	\$232,000			\$0	\$0			\$1,856,000	\$9,700		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$297,000	\$0	\$0	\$297,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$297,000	\$0	\$0	\$297,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$232,000	\$0	\$0	\$232,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$232,000	\$0	\$0	\$232,000	
TOTAL				1	\$538,700	\$0	\$0	\$538,700	