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

Número de Contrato : 1289-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-55109--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:YORK MARY FLOREZ FLOREZ	**Número de indentificación: (**CC**):** 52442659

Objeto del contrato: Prestar sus servicios profesionales para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor en la gestión jurídica y Administrativa de las Casas del Consumidor de Bienes y Servicios.

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 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, soporte del cargue de la póliza aprobada en el SECOP II y demás trámites administrativos a que haya lugar.

CINCO (5) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 6.500.000.oo), contados a partir de Abril 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) ÚLTIMO PAGO, por la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 3.466.667), 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: 2020-03-09	**Fecha de inicio:** 2020-03-09	**Fecha de terminación:** 2020-09-16

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 16 de septiembre 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: Mayo	**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:	40,950,000
Pagos Realizados:	11,483,333

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

Número de Contrato : 1289-2020

Saldo del Contrato:	29,466,667
Valor de este Pago:	6,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	22,966,667

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Mayo	**9407186430 9407300636**
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	207020	6500000.0

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

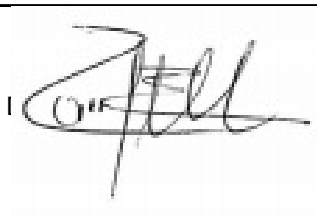
Observaciones:

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: 25 días del mes de Junio de 2020

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

Número de Contrato : 1289-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.06.25 09:02:36 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar la gestión jurídica y administrativa de la casa del consumidor de bienes y servicios de acuerdo con el objeto contractual de ejecutarse en la ciudad de Villavicencio.	50	10.0	SE CUMPLIO. EN EL MES DE MAYO SE RINDIERON LOS INFORMES REQUERIDOS Y PROGRAMACION DE CAPACITACION Y CONTRO DE AISTENCIAS A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA RNPC EJERCIENDO LA GESTION ADMINISTRATIVAS QUE TIENE QUE VER CON EL OBJETO CONTRACTUAL
2. Apoyar en la revisión y estudio de las peticiones recibidas en materia de protección al consumidor y en el traslado a la autoridad competente.	20	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO NO SE ESTA ATENDIENDO EN LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL CONSUMIDOR DE VILLAVICENCIO
3. Apoyar las actividades tendientes a difundir el conocimiento en los ciudadanos de sus derechos como consumidores y en el ejercicio de las funciones administrativas de las autoridades locales en la protección al consumidor.	0	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO POR PANDEMIA COVID 19 NO SE REALIZA DIFUSIONES DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES.
4. Acompañar el desarrollo de programas y gestión de convenios con miembros o aliados de la Red Nacional de Protección al Consumidor que tengan por objeto promover el respeto a los derechos del consumidor entre los productores y proveedores.	30	20.0	SE CUMPLIO. SE REALIZARON ACOMPAÑAMIENTOS A LAS 5 VISTAS DE CONTROL Y VIGILACIA EJERCIDAS POR LA ALCALDIA A LOS SUPERMERMERCADOS Y FRUVERS PARA LA VERIFICACION DE LOS PRECIOS EN CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA QUE TIENEN
5. Atender oportunamente de acuerdo con los servicios y dentro de las condiciones de operación de la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios, a los ciudadanos en defensa de sus derechos como consumidores.	20	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO NO SE ESTA ATENDIENDO EN LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL CONSUMIDOR DE VILLAVICENCIO
6. Acompañar el proceso de capacitación sobre la Ley 1480 de 2011, en materia de Protección al Consumidor.	20	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO, NO SE REALIZARON CAPACITACIONES NI ACOMPAÑAMIENTOS A LAS MISMAS.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
7. Apoyar en la elaboración y control de los inventarios asignados, conforme lo solicite el supervisor del contrato o la que persona que este designe para tal fin.	0	0.0	NO SE CUMPLIO. POR CUANTO NO FUE REQUERIDO REALIZAR ESTE APOYO EN LA ELABORACION DE INVENTARIOS.
8. Atender los espacios de arreglo directo o del instrumento jurídico que se adelanten en la Casa del Consumidor de Bienes y Servicios entre consumidores y proveedores y/o productores de acuerdo al protocolo establecido por la Superintendencia de Industria y Comercio.	0	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO NO SE ESTA ATENDIENDO EN LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL CONSUMIDOR DE VILLAVICENCIO
9. Asistir y participar activamente en las sesiones y actividades de formación, entrenamiento, actualización y transferencia de conocimientos del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor, de acuerdo con la programación establecida para tal fin.	60	10.0	SE CUMPLIO. SE PARTICIPO DE TODOS LOS PROCESOS DE FORMACION Y CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA RNPC, TALES COMO SISTEMA DE INFORMACION DATOS PERSONALE, SISTEMA DE GESTION SUPERTRANSPORTES MARITIMO SUPERSALUD SUPERSERVICIOS

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

(Anexo 1)

Yo		YORK MARY FLOREZ FLOREZ				Contrato N°	1289	Año	2020
Tipo Identificación	Nit	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	52.442.659		

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	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 Certiticacion 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	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
Registro civil	1016914981	Maria Victoria Fandiño Florez	2	Hija

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



Firma

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 01 06 2020 (DD / MM /AAAA)

Yo, Yoxmary Florez Florez identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 52442659, 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: RNPC. Casa Regional Villavicencio

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 ( ):

Escaneado con CamS

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:

Escaneado con CamS

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

(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	fefunque@defensoria.edu.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

Escaneado con CamS

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YORK MARY FLOREZ FLOREZ						
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	52.442.659
Teléfono fijo		Celular 1	3136854846			Celular 2	
Teléfono trabajo	5710000				Ext.	10977	
Dirrección	CRA 21 No. 15 -56				Ciudad: Acacías		
Correo electrónico 1	yomaflorez@hotmail.com				Correo electrónico 2		
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 № 1289, 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	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 325.700,00
COLPENSIONES	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 78.100,00
POSITIVA	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 13.600,00

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 "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	№ de cuenta	Valor

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



Firma

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	YORK MARY FLOREZ FLOREZ						
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E	NP	NIP	Número Ident.	52.442.659
Teléfono fijo		Celular 1	3136854846			Celular 2	
Teléfono trabajo	5710000				Ext.	10977	
Dirrección	CRA 21 No. 15 -56				Ciudad: Acacías		
Correo electrónico 1	yomaflorez@hotmail.com				Correo electrónico 2		
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 № 1289, 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	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 325.700,00
COLPENSIONES	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 78.100,00
POSITIVA	9407186430 9407300636	MAYO	2020	$ 13.600,00

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 "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	№ de cuenta	Valor

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



Firma

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A No. 49A-52 INT 10 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	654586955	9407300636	N	2020/06/12	2020/06/16	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	4	$900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,000	$100			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,000	$100			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,000	$100			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
1	CC	52442659 FLOREZ YORK	25-14	30	($4,248,000)	($127,500)	EPS005	30	($4,248,000)	($531,000)		0	$0	$0	14-23	30	($4,248,000)	($22,200)	0	$0	$0
2	CC	52442659 FLOREZ YORK	25-14	30	$4,253,000	$127,600	EPS005	30	$4,253,000	$531,700		0	$0	$0	14-23	30	$4,253,000	$22,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,000	$100			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A No. 49A-52 INT 10 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	654586955	9407300636	N	2020/06/12	2020/06/16	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	4	$900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$0	$0	$100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$100	$0	$0	$100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$0	$0	$100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$0	$0	$100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$700	$0	$0	$700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$700	$0	$0	$700
TOTAL				**1**	**$900**	**$0**	**$0**	**$900**

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 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A No. 49A-52 INT 10 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	650875221	9407186430	N	2020/06/12	2020/06/12	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$416,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,600,000	$78,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0		$416,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,600,000	$78,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0		$416,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$2,600,000	$78,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0		$416,500
1	CC	52442659	FLOREZ YORK									A									25-14	30	($1,648,000)	($49,500)	EPS005	30	($1,648,000)	($206,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,648,000)	($8,700)	0	$0	$0	No	($264,200)
2	CC	52442659	FLOREZ YORK									C	X								25-14	30	$4,248,000	$127,500	EPS005	30	$4,248,000	$531,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,248,000	$22,200	0	$0	$0	No	$680,700
Total			**Afiliados(1)**																				$2,600,000	$78,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0		$416,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52442659		FLOREZ FLOREZ YORK MARY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 146A No. 49A-52 INT 10 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	650875221	9407186430	N	2020/06/12	2020/06/12	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$416,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,000	$0	$0	$78,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$78,000	$0	$0	$78,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,500	$0	$0	$13,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,500	$0	$0	$13,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$0	$0	$325,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$325,000	$0	$0	$325,000
TOTAL				1	$416,500	$0	$0	$416,500