	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: Junio	**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:	40,950,000
Pagos Realizados:	17,983,333

	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:	22,966,667
Valor de este Pago:	6,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	16,466,667

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Junio	**9408489751**
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: 27 días del mes de Julio de 2020

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

Número de Contrato : 1289-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.07.27 15:01:57 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.	60	15.0	SE CUMPLIO, RENDI LOS INFORMES DIARIOS DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS ALCLADIAS EN LAS VISITAS DE INSPECCION Y VIGILANCIA, RENDIO INFORME SEMANALES SOBRE NORMATIVIDAD EXPEDIDA POR LA ALCALDIA EN PANDEMIA, BASE DE DATOS DE CAMARA DE COMERCIO, NOTIICAS EN MEDIOS REGIONAALES SOBRE RELACION DE CONSUMIDORES, COORDINE LAS CAPACITACIONDE PARA LOS CONTRATISTAS EN EL MESS DE MAYO
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	30.0	SE CUMPLIÓ. REDIRECCIONE AL CORREO contactenos@sic.gov.co LOS CORREOS RECIBIDOS EN EL CORREO DE LA CASA DEL CONSUMIDORS SOBRE TEMAS DE QUEJAS POR CONSUMO, IGUALMENTE CON LOS CORREOS DE TEMAS DE SERVICIOS PUBLICOS A LA ENCARGADA DE SUPERSERVICIOS.
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 OBLIGATORIO POR PANDEMIA COVID, NO E HAN REALIZADO DISFUSIONES.
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.	50	18.0	SE CUMPLIO, SE REALIZO SEGUIMIENTO A LA PRORROGA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CON LA ALCALDIA DE VILLAVICENCIO.
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 OBLIGATORIO POR PANDEMIA COVID, LA CASA DEL CONSUMIDOR SE ENCUENTRA SIN ATENCION AL PUBLICO.
6. Acompañar el proceso de capacitación sobre la Ley 1480 de 2011,	20	0.0	NO SE CUMPLIO. POR AISLAMIENTO OBLIGATORIO POR PANDEMIA COVID, NO SE HAN REALIZADO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
en materia de Protección al Consumidor.			CAPACITACIONES EN TEMAS DE PROTECCION AL CONSUMIDOR.
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. EN ESTE PEIRODO NO FUE REQUERIDO EL APOYO PARA LA ELABORACION Y CONTROL DE INVENTARIOS DE LA CASA DEL COSNUMIDOR
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 OBLIGATORIO POR PANDEMIA COVID, NO SE REALIZARON ARREGLOS DIRECTOS.
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.	70	10.0	SE CUMPLIO. ASISTI Y PARTICIPE DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADA POR LA SIC - RNPC EN LOS SIGUIENTEES TEMAS 2 junio: emergencia sic 4 junio: modelo atención 9 junio: gestión documental 10 junio: régimen de información 11 junio: habilidades blandas 12 junio : emergencias sic 16 junio : metrología legal 17 junio : reglamentos técnicos de cascos 18 junio : habilidades blandas 19 junio: superservicios 25 junio: telecomunicaciones 26 junio : televisión 30 de junio Reunión de gestores

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 JULIO 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 10 07 2020 (DD / MM /AAAA)

Yo, York Mary 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.

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 CamScanner

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 CamScanner

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.

➢ ( ) 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	fufuquen@defensoria.gov.co.	

Nota 1: Informe el o los correo(s) electrónico(s) del pagador/tesorero o contador o jefe financiero de la entidad pública.
Nota 2: Marque con una X la entidad pública que efectuará la retención de que trata el Decreto 568 de 2020.

FIRMA DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA:

Nota: Una vez diligenciado y firmado, debe ser enviado a la Dirección Financiera al correo de ccaceres@sic.gov.co c.mpfernandez@sic.gov.co

Escaneado con CamScanner

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	9408489751	junio	2020	$ 325.700,00
COLPENSIONES	9408489751	junio	2020	$ 459.400,00
POSITIVA	9408489751	junio	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 JULIO del año 2020



Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016914981

Indicativo Serial 34251367

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FANDIÑO * * * * * * * * * * * * * * *	FLOREZ * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

MARIA VICTORIA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes OCT Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	14488625-7 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ FLOREZ YORK MARY *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52442659 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FANDIÑO RAMOS ROBINSON *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 17423923 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FANDIÑO RAMOS ROBINSON *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 17423923 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes OCT Día 10	BERENICE TARQUINO CARRILLO Nombre y firma

Eddi Alberto Correal Carreño C.C. 80.073.865

Vo.Bo.

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	BERENICE TARQUINO CARRILLO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 42 FOLIO 643;10/10/2017

IMPRESO POR CASAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 175 457-8

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Nº 25285

NOTARÍA 41 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. PBX: 212 5720 Tel.: 814 1441 Fax: 285 5571
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

Esta hoja tiene un código QR, el cual, debe ser verificado por los usuarios y destinatarios a fin de que comprueben su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

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
2020-06	2020-06	689434040	9408489751	N	2020/07/14	2020/07/22	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	8	$798,700

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)						$2,605,000	$459,400			$2,605,000	$325,700			$0	$0			$2,605,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,605,000	$459,400			$2,605,000	$325,700			$0	$0			$2,605,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,605,000	$459,400			$2,605,000	$325,700			$0	$0			$2,605,000	$13,600		$0	$0
1	CC	52442659	FLOREZ YORK	25-14	30	($1,648,000)	($263,700)	EPS005	30	($1,648,000)	($206,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,648,000)	($8,700)	0	$0	$0
2	CC	52442659	FLOREZ YORK	25-14	30	$4,253,000	$723,100	EPS005	30	$4,253,000	$531,700		0	$0	$0	14-23	30	$4,253,000	$22,300	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$2,605,000	$459,400			$2,605,000	$325,700			$0	$0			$2,605,000	$13,600		$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
2020-06	2020-06	689434040	9408489751	N	2020/07/14	2020/07/22	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	8	$798,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$459,400	$0	$0	$459,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$459,400	$0	$0	$459,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,700	$0	$0	$325,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$325,700	$0	$0	$325,700
TOTAL				**1**	**$798,700**	**$0**	**$0**	**$798,700**