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

Número de Contrato : 1724-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-341959--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 septiembre 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.
DOS (2) Pagos mensuales vencidos, cada uno por la suma de SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.500.000), contados a partir de octubre 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 SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.500.000), 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: 2020-09-21	**Fecha de inicio:** 2020-09-21	**Fecha de terminación:** 2020-12-31

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 31 de diciembre de 2020, contados 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: Septiembre	**N° de pago:** Primer

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:	21,666,667
Pagos Realizados:	0
Saldo del Contrato:	21,666,667

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

Número de Contrato : 1724-2020

Valor de este Pago:	2,166,667
Nuevo Saldo del contrato:	19,500,000

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Septiembre	**9409977469**
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	347320	2,166,667

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: 20 días del mes de Octubre de 2020

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

Número de Contrato : 1724-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.10.20 15:45:10 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	0	25.0	Realice los informes administrativos y de gestión solicitados por el líder del proyecto. En el cumplimiento de la gestión administrativa organice y coordine todas las actividades realizadas por instrucción del Líder del Proyecto, tales como difusiones via telefonica, oreintaciones capacitaciones, etc
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.	0	0.0	No se realizo esta obligación contractual por cuanto la Casa del Consumidor no se encuentra en operación por pandemia por COVID 19
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	25.0	Realice difusiones via telefonica de conformidad con la base de datos suministrada y las cargue en el sistema de gestion. Realice capacitaciones sobre las generalidades del Estatuto del Consumidor, a la ciudadania en general y la Alcaldia de Villavicencio.
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.	0	25.0	Participe del Comité de Seguimiento al Convenio Interadministrativo No. 331 entre la Superintendencia de Industria y Comercio y 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.	0	25.0	Realice orientaciones via telefónica de conformidad con la base de datos proporcionada y de acuerdo a la necesidad del consumidor.
6. Acompañar el proceso de capacitación sobre la Ley 1480 de 2011, en materia de Protección al Consumidor.	0	25.0	Realice capacitaciones sobre la Ley 1480 de 2011, en materia de protección al consumidor.
7. Velar por la efectiva administración de los archivos, tanto en	0	25.0	REalice entrega de inventario por finalizacion del contrato.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
medio físico como magnético, aplicando los principios de flujo documental y del Sistema de Trámites establecido por la Superintendencia de Industria Comercio y apoyar en la elaboración y control de los inventarios asignados, conforme lo solicite el supervisor del contrato.			
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 realice esta actividad por cuanto la Casa del consumidor de Villavicencio se encuentra cerrada por traslado, pendiente realizar adecuaciones.
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.	0	25.0	Participe de las capacitaciones programadas por la Red Nacional de Protección al consumidor: 21 de Septiembre tema arreglo directo 22 de Septiembre tema Sensibilización Casas del Consumidor 28 de septiembre tema Sistema de Gestion
10.Cuando se requiera, las obligaciones del presente contrato serán ejecutadas en debida forma mediante la modalidad de trabajo en casa, para lo cual el Contratista debe garantizar que cuenta con la conectividad en su hogar que le permite la realización de las actividades del contrato.	0	25.0	Se realizaron las actividades del contrato en la modalidad trabajo en casa, ,toda vez que la Casa del Consumidor de Villavicencio se encuentra cerrada por traslado en espera de adecuaciones.

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 № 1724, 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	9409977469	Septiembre	2020	$ 206.000,00
COLPENSIONES	9409977469	Septiembre	2020	$ 263.700,00
POSITIVA	9409977469	Septiembre	2020	$ 8.700,00

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

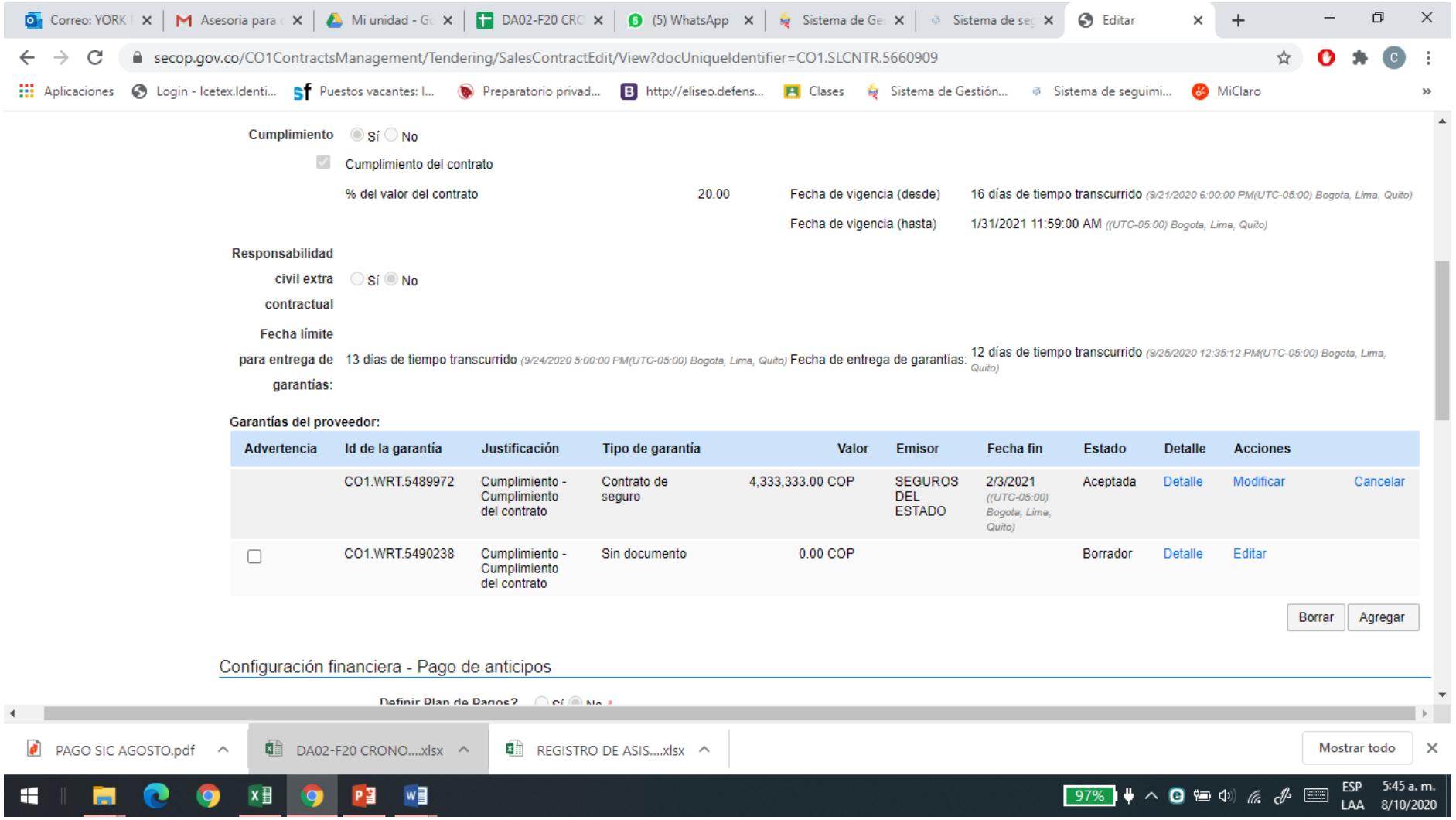
Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre entidad	№ de cuenta	Valor

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



Firma


Correo: YORK
Asesoria para
Mi unidad - G
DA02-F20 CRC
(5) WhatsApp
Sistema de Ge
Sistema de seg
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.5660909
Aplicaciones
Login - Icetex.Identi...
Puestos vacantes: I...
Preparatorio privad...
http://eliseo.defens...
Clases
Sistema de Gestión...
Sistema de seguimi...
MiClaro
Cumplimiento
Sí
No
Cumplimiento del contrato
% del valor del contrato
20.00
Fecha de vigencia (desde)
16 días de tiempo transcurrido (9/21/2020 6:00:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Fecha de vigencia (hasta)
1/31/2021 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Responsabilidad civil extra contractual
Sí
No
Fecha límite para entrega de garantías:
13 días de tiempo transcurrido (9/24/2020 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Fecha de entrega de garantías:
12 días de tiempo transcurrido (9/25/2020 12:35:12 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Garantías del proveedor:
Advertencia
Id de la garantía
Justificación
Tipo de garantía
Valor
Emisor
Fecha fin
Estado
Detalle
Acciones
CO1.WRT.5489972
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
Contrato de seguro
4,333,333.00 COP
SEGUROS DEL ESTADO
2/3/2021 ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Aceptada
Detalle
Modificar
Cancelar
CO1.WRT.5490238
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
Sin documento
0.00 COP
Borrador
Detalle
Editar
Borrar
Agregar
Configuración financiera - Pago de anticipos
PAGO SIC AGOSTO.pdf
DA02-F20 CRONO....xlsx
REGISTRO DE ASIS....xlsx
Mostrar todo
97%
ESP
LAA
5:45 a. m.
8/10/2020

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	736551982	9410417270	N	2020/06/12	2020/09/08	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	88	$594,800

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)						$0	$594,800			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$594,800			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$0	$594,800			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$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	$4,248,000	$722,300	EPS005	30	$4,248,000	$531,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,248,000	$22,200	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$0	$594,800			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$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	736551982	9410417270	N	2020/06/12	2020/09/08	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	88	$594,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$594,800	$0	$0	$594,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$594,800	$0	$0	$594,800
TOTAL				1	$594,800	$0	$0	$594,800

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
2020-09	2020-09	751276808	9409977469	I	2020/10/15	2020/09/24	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$478,400

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)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$8,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$8,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$8,700		$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
Total	**Afiliados(1)**				$1,648,000	$263,700			$1,648,000	$206,000			$0	$0			$1,648,000	$8,700		$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
2020-09	2020-09	751276808	9409977469	I	2020/10/15	2020/09/24	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$478,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,700	$0	$0	$263,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$263,700	$0	$0	$263,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,700	$0	$0	$8,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,700	$0	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,000	$0	$0	$206,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$206,000	$0	$0	$206,000
TOTAL				**1**	**$478,400**	**$0**	**$0**	**$478,400**