	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: Octubre	**N° de pago:** Segundo

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:	2,166,667
Saldo del Contrato:	19,500,000

	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:	6,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	13,000,000

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Octubre	**9412201572 9412534993**
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	6,500,000

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: 12 días del mes de Noviembre 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: 2020.11.12 16:03:58 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	25	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 las actividades realizadas por instrucción del Líder del Proyecto, tales como orientaciones, difusiones, capacitaciones y formacion para los consumidores.
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	25.0	realice el traslado de las autoridades competentes de las peticiones de los consumidores recibidas correo electrónico.
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.	25	25.0	Realice difusiones via telefónica de conformidad con base de datos proporcionada en total de 200 difusiones Realice capacitaciones sobre la RNPC y Regimen de Garantias con destino a los consumidores y a las Alcaldias en el tema de facultades administrativas de las alcaldias. Alcadia Villavicencio 1 octubre 10 am Alcaldia de Fortul Casanare 14 de octubre 11 am Alcaldia de Monterrey 15 octubre 2pm Alclada de Nunchia 15 octubre 4 pm Alcaldia de Barranca de Upia 10 am Alcaldia de Puerto Carreño 11 am Alcaldia REcetor Casanare 21 de octubre 9am Alcaldia de Mapiripan Meta 21 octubre 9am Alcaldia Pazde Ariporo 21 de octubre 10 am Alcalida Puerto Lleras 21 de cotubre 10 am Alcaldia Puerto Concorida 21 de octubre 11 am

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Cosnumidores ciudadania Empresa de contadores 1 de octubre 11 am Consejo Municipal de REstrepo 2 de octubre 5 pm Universidad IDEAS 05 DE OCTUBRE 7 PM Fundacion SONRIENTE 06 DE OCTUBRE 7 PM ABASTOS 7 de octubre 10 am Universidad Santo Tomas 8 octubre 8 am Estudiantes Unimeta 8 octubre 10 am Universidad Cooperativa 8 de octubre 4 pm Universidad Cooperativa martes 13 de octubre 2 pm Personeria de Villavicencio 14 octubre 2 pm Universidad Santo Tomas 14 de octubre 6pm Papeleria Popular 16 de octubre 5 pm Tiendas Ropa shick men 21 octubre 8 am Inversiones OVICON 22 de octubre 4 pm
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.	25	0.0	Para este periodo no fue necesario realizar esta obligación contractual.
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.	25	25.0	realice 150 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.	25	25.0	en contribucion con el proceso de formacion de los consumidores 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	25	25.0	Realice la verificación y actualización del inventario de la

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.			Casa del Consumidor.
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 obligación contractual por cuanto la Casa del Consumidor no se encuentra en operación por traslado de instalaciones.
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.	25	25.0	participe de las capacitaciones programadas por el grupo de Gestion del Conocimiento y la RNPC, tales como Superfinanciera 9 de octubre Supersalud 8 de octubre INVIMA 16 de octubre sistema de gestion 14 de octubre
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.	25	25.0	Todas las actividades fueron realizadas desde la modalidad de trabajo en casa por cuanto la Casa del Consumidor se encuentra cerrada.

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	9412201572 9412534993	Octubre	2020	$ 325.700,00
COLPENSIONES	9412201572 9412534993	Octubre	2020	$ 459.400,00
POSITIVA	9412201572 9412534993	Octubre	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 3 días del mes de Noviembre 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
2020-10	2020-10	783864995	9412201572	N	2020/11/17	2020/10/29	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$797,100

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)					$2,600,000	$458,600			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$458,600			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,600,000	$458,600			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$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	$4,248,000	$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)**			$2,600,000	$458,600			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,500		$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
2020-10	2020-10	783864995	9412201572	N	2020/11/17	2020/10/29	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$797,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$458,600	$0	$0	$458,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$458,600	$0	$0	$458,600
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**	**$797,100**	**$0**	**$0**	**$797,100**

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
2020-10	2020-10	791084341	9412534993	N	2020/11/17	2020/11/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$1,600

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	$800			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,000	$800			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,000	$800			$5,000	$700			$0	$0			$5,000	$100		$0	$0
1	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
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)					$5,000	$800			$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
2020-10	2020-10	791084341	9412534993	N	2020/11/17	2020/11/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$1,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800	$0	$0	$800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$800	$0	$0	$800
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	$1,600	$0	$0	$1,600