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

Número de Contrato : 1662-2020

N° de Radicado de solicitud de contratación:20-308456--0

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del contratista:ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA	**Número de indentificación: (**CC**):** 28821063

Objeto del contrato: Prestación de servicios para apoyar al Grupo de Trabajo de Apoyo a la Red Nacional de Protección al Consumidor en los programas de Diálogo Ciudadano.

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 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 DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 2.500.000.oo), contados a partir del mes 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 UN MILLON CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 1.166.667), 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: 2020-09-01	**Fecha de inicio:** 2020-09-01	**Fecha de terminación:** 2020-12-14

Plazo: El plazo de ejecución del contrato es hasta el 14 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:	8,666,667
Pagos Realizados:	2,500,000
Saldo del Contrato:	6,166,667

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

Número de Contrato : 1662-2020

Valor de este Pago:	2,500,000
Nuevo Saldo del contrato:	3,666,667

APORTES AL SGSS

Planilla de Seguridad Social para Personas Naturales	**Mes**	**N° de Planilla:**
	Octubre	**7768379466**
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
3503-0200-9-0000/3503008/02-02-02-008-005-09-5	RNPC/Servicios de apoyo para la consolidación de la red nacional de protección al consumidor/SERVICIOS AUXILIARES ESPECIALIZADOS DE OFICINA	329420	2,500,000

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

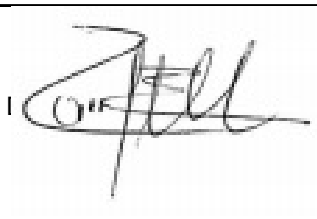
Observaciones:

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: 11 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 : 1662-2020



Firmado digitalmente por: JAIME ENRIQUE SANTIAGO MONCALEANO ALVARADO
Fecha: 2020.11.11 09:13:51 COT
Razón: AplicativoPagos
Ubicación: Bogotá, Colombia.

FIRMA

Supervisor

Cargo

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
1. Apoyar en la ciudad de Ibague, la realización de campañas, visitas de divulgación, jornadas de difusión y demás actividades del programa de Diálogo Ciudadano que se realicen de forma presencial o virtual dirigidas a consumidores y establecimientos de comercio y demas lugares donde el supervisor determine.	29	29.0	Realice el ingreso de datos al Sistema de Gestión de la RNPC, de las visitas de divulgación de la Ley 1480 Estatuto del Consumidor realizadas los días 15 y 22 de octubre a comerciantes de la ciudad de Ibagué.
2. Apoyar los proceso de capacitación sobre protección al consumidor, dirigidas a consumidores, comerciantes y proveedores que se realicen en el lugar establecido por el supervisor del contrato.	29	29.0	Desempeñe el rol de anfitrión en los procesos de capacitación realizados a las siguientes alcaldías: Módulo 1 Facultades administrativas de los alcaldes: Oct. 2 Firavitoba Boyacá Oct. 5 Sabanalarga Casanare Oct. 7 Berbeo Boyacá Oct. 7 San Eduardo Boyacá Oct. 8 Soata Boyacá Oct. 14 Milán Caquetá Oct. 15 El Paujil Caquetá Oct. 16 Covarachia Boyacá Oct. 19 San Miguel de Sema Boyacá Oct. 20 Gámeza Boyacá Oct. 21 Tauramena Casanare Oct. 22 San Luis de Gaceno Boyacá Oct. 22 Pore Casanare Oct. 23 Chinchina Caldas Módulo 2 Generalidades del Estatuto del Consumidor con énfasis en comercio electrónico: Oct. 15 Manizales Caldas

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Oct. 20 Pauna Boyacá Oct. 21 San Luis de Palenque Casanare Oct. 21 Tauramena Casanare Oct. 21 Gámeza Boyacá Oct. 22 San Luid de Gaceno Boyacá Oct. 22 Pore Casanare Oct. 23 Chinchiná Caldas Oct. 23 Chíquiza Boyacá Oct. 26 Almeida Boyacá
3. Apoyar la gestión documental del programa Diálogo Ciudadano de acuerdo a las instrucciones dadas por el Supervisor y los procedimientos establecidos por la SIC	29	29.0	Elabore las planillas de asistencia de los participantes a las jornadas de capacitación (funcionarios de las alcaldías y comerciantes) descritas en el numeral 2 de este informe, en los formatos establecidos por la SIC.
4.- Apoyar logística y asistencialmente en las actividades que sean requeridas de conformidad con su objeto objeto contractual.	29	29.0	Realice las actividades asignadas por la Gestora de la ciudad Luz Stella Forero en cuanto al envió de invitaciones y confirmación de capacitaciones de las Facultades administrativas de los alcaldes y generalidades del estatuto del Consumidor, por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, a las diferentes alcaldías asignadas. Apoye las actividades de las Casa del Consumidor de Bienes y Servicios de la ciudad de Ibagué, en cuanto a la programación de capacitaciones virtuales en las siguientes alcaldías, Según bases de datos suministrada por la Contratista Andrea Gutiérrez: Fresno / octubre 16 (reprogramación)

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Cajamarca / octubre 26 Venadillo / octubre 22 Rioblanco / octubre 23 Bajo Baudo Pizarro / octubre 7 La Vega Cauca / octubre 7 Guacarí / octubre 8 Buenaventura / octubre 13 El Tambo / octubre 16 Argelia / octubre 20 Dagua / octubre 21 Buenos Aires / octubre 26 Cali / octubre 26 De igual manera, como apoyo a la Casa del Consumidor, ha realizado él envió de correos electrónicos desde el correo institucional dcibague@sic.gov.co, a los siguientes municipios: Fresno, Andalucía, Cartago, Rioblanco, El Tambo, Argelia, El Atrato, Padilla, Dagua, Venadillo y Buenos Aires, con el fin de hacer la respectiva invitación y programación de las actividades de capacitación.
5. Asistir a las reuniones programadas por parte de la Red Nacional de Protección al Consumidor, a solicitud del supervisor del contrato.	29	29.0	Asisti a las siguientes capacitaciones, programadas por gestión del conocimiento: Octubre 5 Capacitación Riesgo Publico. Positiva. Edwin García. Octubre 8 Capacitación Comisión de Regulación de Comunicaciones. Carlos Andrés Rodríguez Pórtela Octubre 9 Superfinanciera. Héctor Chitiva. Derechos y deberes del consumidor financiero.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

CLAUSULA	% Acu	% Mes	OBSERVACIONES
			Octubre 16 Reunión equipo capacitador Casas del Consumidor. Andrea Gutiérrez. Octubre 21 Capacitación sistema de gestión. Ing. Irina Ochoa Octubre 23 Capacitación Invima Octubre 23 Capacitación Superfinanciera.
6.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	29	29.0	Adelante las actividades bajo la modalidad de trabajo en casa, por lo cual ha garantizado la conectividad para todas las actividades que le han sido asignadas durante el mes de octubre.

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONAS NATURALES

Yo	ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA							
Tipo Identificación	NIT	C.C X	C.E		NP	NIP	Número Ident.	28.821.063
Teléfono fijo	2 762708	Celular 1	3176767660				Celular 2	
Teléfono trabajo						Ext.		
Dirrección	Cra. 5 No. 46-41 Apto. 402					Ciudad		Ibagué
Correo electrónico 1	angelaosorio3013@gmail.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 artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato № 1662 de 2020, 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	
SALUDTOTAL	7768379466	OCTUBRE	2020	$ 125.000,00
PORVENIR	7768379466	OCTUBRE	2020	$ 160.000,00
POSITIVA	7768379466	OCTUBRE	2020	$ 5.300,00

2. Para efectos de la aplicación del artículo 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 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 3 días del mes de NOVIEMBRE del año 2020

Firma

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28821063
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ROCIO OSORIO RUEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA. 5 # 46-41 APTO. 402 PIEDRA PINTADA	TELÉFONO:	2762708
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7768379466**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/29		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		784233457	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:									**$ 5.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 28821063	OSORIO RUEDA ANGELA ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	28821063	$ 5.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 290.300**