SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

Código:	GF - GP - PR - 07 - FR - 01
Versión: 04	S. Mínimo 828.116
Fecha:	09 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Día 30 | Mes 08 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA: EMILSE PUENTES BERMUDEZ

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 31.436.363 DE: CARTAGO

TELEFONO DE CONTACTO: 316-2747613 FIJO: EXT.:

E-MAIL PERSONAL: EMILSEPUENTES017@GMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL: EMILSEPUENTES@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO: BANCOLOMBIA No DE CUENTA: 91211131654 C.A.: X C.C.:

CONTRATO ACTUAL No: 648 DE Año: 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.373.000,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.791.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL de apoyo a la gestión para desarrollar actividades relacionadas con la implementación seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad, en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Cartago.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GILBERTO JARAMILLO ARANGO

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR

CDP No.: 82021 CRP No.: 301821

FECHA CRP: 06/05/2021 FECHA CRP: 27/06/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 27 | Mes 05 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CARTAGO

DEPARTAMENTO: VALLE

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 08 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 28 | Mes 05 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES | DIAS 4

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

CDP No.: CRP No.:

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.791.000,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.791.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año			
DEL	01	08	2021	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR
AL	31	08	2021	04	30 100%	AGOSTO

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm	tamaño a 79%
Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm		
Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm		

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

Escaneado con CamScanner

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	113600	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA EPS SOS SA *	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145400	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA *	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	9500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS *	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 268.500	PLANILLA DE PAGO No.	1039997954 *

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 5.373.000,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 238.800,00 *	$ 238.800,00	$ 5.134.200,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00 *	$ 2.029.800,00	$ 3.343.200,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00 *	$ 3.820.800,00	$ 1.552.200,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00 *	$ 5.611.800,00	-$ 238.800,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO	*	$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	08	2021		AGOSTO
AL	31	08	2021	04	AGOSTO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

Escaneado con CamScanner

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
SOLICITAR AL AREA ADMINISTRATIVA LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD QUE SE NECESITEN PARA HACER LA ENTREGA A LOS FUNSIONARIOS VIGILAR QUE DE QUE SE ESTE CUMPLIENDO CON EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD ENTREGADOS PARTICIPAR DE LAS CHARLAS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS FUNSIONARIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REVISION DE LOS CORREOS ELECTRONICOS	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL FORMATO DE LAVADO DE MANOS

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colo como anexos.

Escaneado con CamScanner

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **EMILSE PUENTES BERMUDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **31.436.363** de **CARTAGO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **648** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **301821** CDP No **82021**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.791.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	08	2021		AGOSTO
	AL	31	08	2021	04	AGOSTO

Para constancia se firma en **CARTAGO** a los **30** días del mes de **AGOSTO** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GILBERTO JARAMILLO ARANGO
REGISTRADOR

CONTRATISTA

Firma Contratista
EMILSE PUENTES BERMUDEZ
Cedula de Ciudadania No
31.436.363 **DE** CARTAGO

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

Escaneado con CamScanner

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-08-30, 10:30:56 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2021
Empresa	EMILSE PUENTES BERMUDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 31436363
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8860760790 / 1039997954
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 268.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0
N805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	$ 113.600	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 9.500	$ 0
		SubTotales:		$ 268.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 268.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Escaneado con CamScanner

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Artículo 340. *Ingresos de las rentas no laborales.*** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI___ NO X
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2019 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO X.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO X
4. Dependiente Económico: SI___ NO X (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI ✓ NO___,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO__X_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO X, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de 08 de 2021.

Atentamente,

NOMBRE EMILSE PUENTES D.

CC.

Escaneado con CamScanner