SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — 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 7 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LAURA ALEJANDRA DIAZ VELASQUEZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.015.478.161	DE	BOGOTA				
TELEFONO DE CONTACTO	311-2421971	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	ldiazv4@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	488416196548	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 737 DE Año 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.373.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.791.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PELNA AUTONOMIA TEGNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO ASISTENCIAL DEL APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA IMPLEMENTACION,SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS PROTOCOLOS DE BIO SEGURIDAD DE LA ENTIDAD EN OFICINA DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE LA SNR ORIP BOGOTA CENTRO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	82021	CRP No.	330821
FECHA CRP	06/05/2021	FECHA CRP	09/06/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 08 | Mes 06 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 07 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 09 | Mes 06 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 2 | DIAS 22

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

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.791.000,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	07	2021	PAGO No. 02	No DÍAS # 30	100%	MES A COBRAR: JULIO
AL	30	07	2021				JULIO

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)	$	113.600	EPS SANITAS SA	*	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	145.400	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	*	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	*	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	263.800	PLANILLA DE PAGO No.	1015478161	*

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
		$ 5.373.000,00			
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.313.400,00	*	$ 1.313.400,00	$ 4.059.600,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	*	$ 3.104.400,00	$ 2.268.600,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO		*		
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		*		
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		Dia	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	07	2021		JULIO
	AL	30	07	2021	02	JULIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1)Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfección de los espacios de uso público y lugares de trabajo, de acuerdo al lugar de ejecución, impartidas por la Dirección de Talento Humano, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19. 2) Tomar o verificar según se requiera, la toma de la temperatura de los funcionarios y contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y demás dependencias de la entidad y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea de 38 grados o superior, no permitirá su ingreso y deberá reportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19. 3) Revisar que la persona al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tenga debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o realizar las preguntas que se requieran. 4) Requerir al funcionario, contratista o usuario que vaya a ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol. 5) Solicitarle a la persona que ingresa a la entidad, en los casos en que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabón por mínimo 20 segundos. 6) Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de los seca, problemas respiratorios o relacionados, en caso positivo, si es funcionario o contratista notificarlo inmediatamente al área de Seguridad y Salud en el Trabajo, si es usuario restringir la entrada	Verificar que el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelanten actividades en las instalaciones de la entidad; así como en los casos en que aplique, en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor. Asegurar que el ingreso escalonado para asegurar la distancia de dos metros entre cada persona.Dar a conocer al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado.) Cumplir a cabalidad el presente protocolo de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes.Reportar al Registrador o al Jefe de dependencia, con oportunidad y de preferencia en forma anticipada, las bajas existencias, agotamiento o inexistencia de los elementos dados para ejecutar las actividades relacionadas con el objeto contractual e informar a la Dirección de Talento Humano para que resuelva esta situación a la brevedad) Tomar o verificar según se requiera, la toma de la temperatura de los funcionarios y contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y demás dependencias de la entidad y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea de 38 grados o superior, no permitirá su ingreso y deberá reportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19

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

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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **LAURA ALEJANDRA DIAZ VELASQUEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.015.478.161** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **737** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **330821** 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**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 263.800,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	07	2021	**PAGO No.**	**JULIO**
	AL	30	07	2021	**02**	**JULIO**

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **JULIO** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Laura Alejandra Diaz

Firma Contratista
LAURA ALEJANDRA DIAZ VELASQUEZ
Cedula de Ciudadania No
1.015.478.161 DE BOGOTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 2

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS L.B., CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS L.B., CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1015478161-	Laura Alejandra Diaz Velasquez	U C S D			7	2021	7	2021	52009561	PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-23	63

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Diagonal 10b # 78-12	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTA D.C.	11	4123832	4123832	ldiazv4@hotmail.com	9609	0	1	2021/07/29	1075029839

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC MATERNIDAD No.AUT	LIC MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	4.800		0	0	4.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	4.800	0	0	48	4.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE ICBF LMA BRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	4.800	4.800
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	263.800	263.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SALARIO INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1015478161	DIAZ VELASQUEZ LAURA ALEJANDRA	EPS005	230301																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Prohibida la información

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_X_,
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 Julio de 2021.

Atentamente,

Laura Alejandra Diaz

LAURA ALEJANDRA DIAZ VELASQUEZ
CC. 1.015.478.161