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: Dia 30 | Mes 8 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÀN						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.024.546.006	DE	BOGOTÀ				
TELEFONO DE CONTACTO	312-4642598	FIJO	5900138	EXT.			
E-MAIL PERSONAL	jennicarolinatrujillobeltran@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	FALLABELA	No DE CUENTA	111040071871	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 731 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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS

CARGO DEL SUPERVISOR: Coordinador G. G. T. A Orip Zona Sur

CDP No.	82021	CRP No.	320421
FECHA CDP	05/06/2021	FECHA CRP	05/06/2021

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

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: BOGOTA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 09 | Mes 09 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 10 | Mes 06 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 3 | DIAS 0

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

ADICION Y/O PRORROGA: 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	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	08	2021				
AL	30	08	2021	03	30	100%	AGOSTO

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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	113.600	FAMISANAR CAFAM	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145.400	PROTECCION	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	4.800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 263.800 PLANILLA DE PAGO No. 9424565942

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 5.488.900,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.253.700,00	$ 1.253.700,00	$ 4.235.200,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	$ 3.044.700,00	$ 2.444.200,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	$ 4.835.700,00	$ 653.200,00
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	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	08	2021		AGOSTO
AL	30	08	2021	03	AGOSTO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA, adquiere para con LA SUPERINTENDENCIA las siguientes obligaciones específicas: 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 - Grupo de Bienestar y Gestión del Conocimiento, relacionadas	1- Soportes , de entrega de implementos de bioseguridad a funcionarios 2- Soportes fisicos y por correo de la toma de temperatura de funcionarios- usuarios 3- Soportes fisicos de formatos de desinfeccion y cumplimiento del protocolo de bioseguridad

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19.2. Revisar que las personas al momento del ingreso a las primero, a subir a la Plataforma Transaccional del SECOP II, todos los documentos que hacen parte integral de la etapa contractual, y el segundo, a verificar que todos estos documentos estén en regla, con las exigencias establecidas en la contratación pública, so pena de las sanciones que haya lugar para las partes.- PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando al CONTRATISTA se le han reconocido y pagado viáticos, deberá legalizarlos dentro del mismo mes de su reconocimiento. De no hacerlo, la cuenta de cobro del mes correspondiente no será tramitada hasta tanto EL CONTRATISTA acredite la legalización pendiente. 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.3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol.4. Solicitar 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 y con la periodicidad establecida en la Resolución 392 del 25 de marzo de 2021(mínimo cada tres horas y al finalizar la jornada laboral) o la norma que la complemente, adicione o derogue.5. Restringir el acceso de acompañantes de los trabajadores.6. Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de tos 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.7. Instar a las personas tales como contratistas, funcionarios o usuarios que ingresen a las instalaciones a cubrir boca y nariz y toser en el codo al interior de las instalaciones.8. Participar en el seguimiento aleatorio diario evidenciable sobre el estado de salud del personal cuando realicen trabajo en casa.9. Asegurar el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona.10. Verificar el distanciamiento 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. 11. Cumplir a cabalidad los protocolos de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento.12. Apoyar la gestión de los mecanismos y sistemas de verificación implementados o por implementar en la SNR, para conocer el estado de salud o la información relevante para establecer los contactos y lugares en el primer momento de notificación positiva. Lo anterior, conforme a la Resolución 392 del 25 de marzo de 2021.13. Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes.14. Apoyar a la Dirección de Talento Humano en la consolidación y actualización de la base de datos de trabajadores y demás personal que preste servicios en la empresa.15. Transmitir a los trabajadores y	

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 período, se deja constancia que el (la) contratista **JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÀN** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.024.546.006** de **BOGOTÀ** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **731** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **320421** 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 MCTE**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	08	2021		AGOSTO
	AL	30	08	2021	03	AGOSTO

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

SUPERVISOR

Firma Supervisor
PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS
Coordinador G. G. T. A Orip Zona Sur

CONTRATISTA

Jenny Carolina Trujillo

Firma Contratista
JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÀN
Cedula de Ciudadania No
1.024.546.006 **DE** BOGOTÀ

en línea

Planilla Unica de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024546006		TRUJILLO BELTRAN JENNY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 B # 1 -103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5900138	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	10047822	9424565942	I	2021/08/03	2021/09/16	BANCO DE OCCIDENTE	41	$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL(1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$4,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$4,800**		**$0**	**$0**
1	CC	1024546006	TRUJILLO JENNY	230201	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$4,800**		**$0**	**$0**

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 1024546006		TRUJILLO BELTRAN JENNY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 B # 1 -103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5900138	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	10047822	9424565942	I	2021/08/03	2021/09/16	BANCO DE OCCIDENTE	41	$263,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$263,800	$0	$0	$263,800

2021/09/16 04:15 PM

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 2020 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 Economico: SI___ NO_x_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, 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 Cesantias SI___ NO_x__,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI___ NO_x__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO __x_, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

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

Atentamente,

Jenny Carolina Trujillo

Jenny carolina trujillo

Nombre y Firma

CC. 1.024.546.006