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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Día 01 | Mes 10 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ANGELA MARIA CAMELO RODRÍGUEZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.069.264.147	DE	CHOCONTÁ				
TELEFONO DE CONTACTO	313-3575422	FIJO	8841092	EXT.			
E-MAIL PERSONAL	ANGELAMARIAC@OUTLOOK.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	ANGELA.CAMELO@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	550455000099917	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 1221 DE Año 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $14,780,000

HONORARIO MENSUAL: $ 3.695.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B PARA EL GRUPO INTERNO DE INTERRELACIÓN REGISTRO CATASTRO, EN LO CONCERIENTE A LA MIGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ANTIGUO SISTEMA AL SISTEMA DE REGISTRO ACTUAL, EN EL MARCO DE LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA SUPERINTENDECIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN, RESTITUCIÓN, Y FORMALIZACIÓN DE TIERRAS

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: ANDREA CATERINE MORA SILVA

CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional Especializado Grado 20

CDP No.	110221	CRP No.	473021
FECHA CDP	6/08/2021	FECHA CRP	23/08/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 23 | Mes 08 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CHOCONTÁ

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 11 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 24 | Mes 08 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 3 | DIAS 7

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: $3,695,000

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 3.695.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	09	2021	02	30	100%	SEPTIEMBRE
AL	30	09	2021				SEPTIEMBRE

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)	$	184.800	EPS FAMISANAR LTDA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	236.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	7.800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	429.100	PLANILLA DE PAGO No.	7808789495

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO $14.780.000	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 862.166,00	$ 862.166,00	$13.917.834
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.695.000,00	$ 4.557.166,00	$10.222.814
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		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	09	2021		SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2021	02	SEPTIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar la incorporación al Folio de Matrícula Inmobiliaria de la información consignada en los libros del Antiguo Sistema, registrar avances en el programa SAS (Seguimiento Antiguo Sistema), o en el aplicativo dispuesto para tal fin. 2. Efectuar la búsqueda, análisis y traslado de la información registral del Antiguo Sistemaal Sistema de Información Registral de conformidad con los parámetros dados por elGrupo de Interoperabilidad Registro Catastro Multipropósito.	Se reviso el libro de matriculas desde el Tomo 52 hasta el Tomo 45, cumpliendo con la metas diarias hasta el día de hoy. Se confronto la informacion de cada pagina de los libros con la información existente en el programa Anita - Folio, y con la informacion de los otros libros que se relacionaban en cada pagina de matricula, para verificar su existencia en el nuevo sistema. Los folios que no se encontraron en el nuevo sistema, debido

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
Cuando al revisar hoja por hoja de los libros ya existiere matrícula inmobiliaria, ésta se debe confrontar con el sistema registral existente en la oficina, en tal caso se deberán confrontar como mínimo 70 folios al día, para un total mínimo de 1.400 folios revisados al mes. En los casos en que no exista matrícula inmobiliaria, implicará un mayor estudio, por lo tanto, se deberán revisar como mínimo 30 folios de matrícula a la semana, con sus respectivas aperturas de matrícula para un total de 120 folios de matrícula inmobiliaria abiertos al mes. En los casos en los cuales en un mismo libro existiere simultáneamente matrículas inmobiliarias abiertas y matrículas por abrir, el cálculo de la meta será proporcional es decir 700 folios revisados y 60 matrículas abiertas. Los tomos deberán ser ingresados en estricto orden, no deben quedar matrículas por tramitar para poder continuar al siguiente tomo y/o siguiente municipio que registra en la Oficina de Registro asignada. 3. Reportar los avances y elaborar los informes correspondientes, confrontando el trabajo realizado vs el programado, de acuerdo a la metodología establecida para tal fin. 4. Apoyar las actividades propias de la implementación del catastro multipropósito, permitiendo el acceso a la información que se requiera y la calificación de los actos generados en virtud de tal actividad. 5. Mantener la confidencialidad y reserva de la información que se administre.6. Presentar un informe pormenorizado del desarrollo de las obligaciones adquiridas.7. Obtener los rendimientos establecidos por el supervisor del contrato.	a que revisando la tradicion de los imnuebes se verifico que provenían de falsa tradicion por venta de derechos y acciones, u otra causal, no fue procedente abrir nuevo folio en el nuevo sistema. La evidencia de dicha gestion quedó expuesta en el Formato de estudio juridico, inventario de posibles bienes baldios, y el formato estadístico. Se reviso un total de 1413 folios, de los cuales 1336 estan en el nuevo sistema, 69 en el antiguo sistema, y 8 folios estaban en blanco.

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 **ANGELA MARIA CAMELO RODRÍGUEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.069.264.147** de **CHOCONTÁ** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1221** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **473021** CDP No **110221**

Se autoriza el pago por la suma de : **$3,695,000**

Valor en letras: **TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS MDA CTE**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 429.100,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	09	2021		SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2021	02	SEPTIEMBRE

Para constancia se firma en **CHOCONTÁ** a los **01** días del mes de OCTUBRE de **2021**

SUPERVISOR

Andrea Catherine Mora Silva

Firma Supervisor
ANDREA CATERINE MORA SILVA
Profesional Especializado Grado 20

CONTRATISTA

Angela M. Camelo R.

Firma Contratista
ANGELA MARIA CAMELO RODRÍGUEZ
Cedula de Ciudadania No
1.069.264.147 **DE** CHOCONTÁ

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Articulo 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 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 septiembre de 2021.

Atentamente,

Angela María Camelo Rodriguez

CC. 1.069.264.147

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069264147
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA MARIA CAMELO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 5 3 83	TELÉFONO:	8562500
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades legislativas de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7808789495**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1126272921

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 236.500
SUBTOTAL:			1	**$ 236.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 184.800
SUBTOTAL:			1	**$ 184.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 29.600
SUBTOTAL:			1	**$ 29.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.800
SUBTOTAL:			1	**$ 7.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 458.700**