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. Minimo 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 03 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	NANCY MOJICA JAIMES				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	60.407.175	DE	VILLA ROSARIO		
TELEFONO DE CONTACTO	310-2195668	FIJO		EXT.	
E-MAIL PERSONAL	nana_mo1101@outlook.es				
E-MAIL INSTITUCIONAL					
BANCO	BANCO DE BOGOTA	No DE CUENTA	619099922	C.A.	X — C.C.

CONTRATO ACTUAL No	1271	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 22.136.400,00
DE Año	2022	HONORARIOS MENSUALES	$ 1.844.700,00
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL para apoyar las actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de SNR, que requieran las oficinas de Registro de Instrumentos Públicos. ORIP CÚCUTA.		
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARTHA ELIANA PEREZ TORRENEGRA		
CARGO DEL SUPERVISOR	REGISTRADOR PRINCIPAL		

CDP No.	57222	CRP No.	189022
FECHA CRP	4/01/2022	FECHA CRP	28/01/2022

FECHA APROBACION POLIZA: Día 31 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	CÚCUTA
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 11 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 31 | Mes 01 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 11 | DIAS 1

ADICION Y/O PRORROGA

	Día	Mes	Año			
FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA				CDP No.		CRP No.
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA				MESES	DIAS	VALOR

VALOR A COBRAR	$ 1.844.700,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 1.844.700,00		

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	03	2022				
AL	30	03	2022	02	30	100%	MARZO

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
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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	125000	NUEVA EPS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	160000	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	5300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 290.300 PLANILLA DE PAGO No. 7829727821

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 22.136.400,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 1.844.700,00	$ 20.291.700,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 3.689.400,00	$ 18.447.000,00
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	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	03	2022		MARZO
AL	30	03	2022	02	MARZO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfeccion de los espacios de uso publico y lugares de trabajo. 2. Revisar que las personas al momento del ingresoa la instalaciones de la entidad tengan debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o solo realizar las preguntas que requieran. 3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretendan ingresar a las instalaciones de la entidad el uso de gel antibacterial y/o alcohol. 4. Solicitar ala persona que ingresa a la entidad, en los casos que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabon por minimo 20	*Entrega de proteccion personal, formato de verificacion y cumplimiento del protocolo de bioseguridad, elaboracion de formato limpieza e higiene de bioseguridad.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Procurar el cuidado integral de salud. 2. Contar con los elementos de proteccion personal necesarios para ejecutar la actividad contratada,para lo cual asumira su costo. 3.Repotar a la ARL e informar a la SUPERINTENDENCIA la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.4.Participar en las actividades de prevencion y promocion organizadas por la SUPERINTENDENCIA o la administradora de riesgos laborales. 5.Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo adoptadas por la SUPERINTENDENCIA.6.Cumplir cabalmente con el o los protocolos de bioseguridad implementados por la SNR y las autoridades competentes respecto de la prevencion de contagio del 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 período, se deja constancia que el (la) contratista **NANCY MOJICA JAIMES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **60.407.175** de **VILLA ROSARIO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1271** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **189022** CDP No **57222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.844.700,00**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS CON 00 CTVOS.**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	03	2022		MARZO
	AL	30	03	2022	02	MARZO

Para constancia se firma en **CÚCUTA** a los **30** días del mes de **MARZO** de **2022**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA ELIANA PEREZ TORRENEGRA
REGISTRADOR PRINCIPAL

CONTRATISTA

Firma Contratista
NANCY MOJICA JAIMES
Cedula de Ciudadania No
60.407.175 **DE** VILLA ROSARIO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60407175
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NANCY MOJICA JAIMES
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLA DEL ROSARIO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 0 CARRERA 5 N0. 5-10	TELÉFONO:	5650712
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7829727821**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/03/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1362645910	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000
SUBTOTAL:			1	**$ 160.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS041	SUBS NUEVA EPS	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.300
SUBTOTAL:			1	**$ 5.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 290.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60407175
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NANCY MOJICA JAIMES
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLA DEL ROSARIO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 0 CARRERA 5 NO. 5-10 BARRIO SANTAN	TELÉFONO:	5650712
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7829727821	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1382645910

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	SUBS NUEVA EPS	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													
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 60407175	MOJICA JAIMES NANCY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	SUBS NUEVA EPS	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 60407175	$ 5.300		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 290.300**

Planilla Pagada

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

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 2021 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 Marzo de 2022.

Atentamente,

NOMBRE : Nancy Mójico Jaimes

CC. 60407175